

## INDICE

	<b>Página</b>
<b>BIENVENIDO AL HEALTHY FAMILIES PROGRAM DEL COMMUNITY HEALTH PLAN .....</b>	<b>1</b>
REQUISITOS PARA ELEGIBILIDAD E INSCRIPCION .....	2
SERVICIOS A LOS CLIENTES .....	2
SUMARIO DE BENEFICIOS DEL PLAN DE SALUD .....	3
COMO OBTENER SERVICIOS .....	6
Cómo escoger un medico .....	6
Direcciones de clínicas y proveedores .....	6
Cambiando de grupo médico y de doctor .....	6
Continuidad del cuidado de salud .....	7
Cómo ayudar a su doctor .....	7
Si usted está embarazada .....	7
Cómo hacer citas médicas .....	7
Servicios para pacientes internados .....	8
Referencias a especialistas .....	8
Servicios para Indios Americanos .....	9
Acceso directo para el cuidado de OB/GYN .....	9
Servicios farmacéuticos .....	9
Formulario de Medicamentos .....	9
Proceso de autorización previa durante horas de oficina para medicamentos que no están en el formulario .....	10
Proceso de autorización previa después de horas hábiles, fines de semana y días festivos, para medicamentos que no están en el formulario .....	10
Proceso de autorización para prescripciones bajo circunstancias urgentes o de emergencia .....	10
Cláusulas de reembolso .....	10
Autorización para tratamiento .....	11
Cómo obtener una segunda opinión acerca de su tratamiento .....	11
Revisión Independiente Externa de Terapias Experimentales o de Investigación .....	13
Continuidad del cuidado de salud del Suscrito que requiera cuidado de salud intenso o tenga una condición crónica, con un proveedor que terminó su contrato con el Plan .....	14
Servicio de consejos médicos después de horas hábiles .....	14
Clases para dejar de fumar .....	14
Area de servicio .....	14
<b>DEFINICION DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CUIDADO URGENTE .....</b>	<b>15</b>
Definiciones .....	15
Qué hacer cuando usted necesita servicios de emergencia .....	15
Cómo obtener transporte de emergencia .....	15
Continuación de los servicios médicos .....	15

**INDICE**  
**(Continuación)**

	<b>Página</b>
Cuidado de emergencia fuera del área de servicio del Plan.....	16
Servicios que no califican en el Plan.....	16
Qué hacer cuando usted necesita servicios urgentemente.....	16
Cómo obtener transporte cuando no es una emergencia.....	16
<b>SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.....</b>	<b>17</b>
Lista de Derechos de los Miembros.....	17
<b>UNIRSE AL PLAN DE SALUD DE LA COMUNIDAD PARA FAMILIAS SALUDABLES.....</b>	<b>18</b>
Cuando empieza la cobertura.....	18
Tarjetas de identificación.....	18
Cambios en la información de la familiar.....	19
<b>RESPONSABILIDADES DE PAGO.....</b>	<b>19</b>
Pagos compartidos (Copagos).....	19
Máximo copago anual.....	19
Responsabilidades del Subscriptor.....	20
<b>BENEFICIOS DEL PLAN DE SALUD.....</b>	<b>21</b>
<b>ENLACE CON OTROS PROGRAMAS.....</b>	<b>30</b>
California Children’s Services (CCS).....	30
Servicios de Salud Mental del Condado para niños con Condición de Trastorno Emocional Grave (SED).....	31
<b>EXCLUSIONES Y LIMITACIONES.....</b>	<b>31</b>
<b>INFORMACIÓN GENERAL.....</b>	<b>33</b>
Quejas y apelaciones.....	33
Revisión Médica Independiente de una Queja que Implica un Servicio de Cuidado Médico en Litigio.....	34
Arbitraje.....	36
Coordinación de beneficios.....	36
No-Duplicación de Beneficios con la Compensación Estatal al Trabajador.....	36
Cómo se remunera a los proveedores.....	36
Limitación de servicios.....	37
Instrucciones por adelantado.....	37
Informándole acerca de los cambios en el Plan.....	38
Terminación de Beneficios.....	38
Comisión de asesoría.....	38
Ley de Protección para Americanos Incapacitados (ADA).....	39
Donación de órganos.....	40
<b>GLOSARIO DE PALABRAS Y TÉRMINOS.....</b>	<b>41</b>

<p><b>COMMUNITY HEALTH PLAN</b>  <b>PROGRAMA DE HEALTHY FAMILIES</b></p>
--

**Frequently Called Numbers/Números frecuentemente usados**

Healthy Families Program: Family Contribution/Contribución familiar ..... 1 (800) 880-5305

24-Hour Medical Advice Service/Servicio de consejos médicos las 24-horas  
 Community Health Plan ..... 1 (800) 832-MEDI ó 1 (800) 832-6334

24-Hour Nurse Advice Line/Línea de consejos de enfermería las 24-horas  
 Universal Care ..... 1 (800) 377-7012

Member Services Department/Departamento de Servicios para Miembros  
 Community Health Plan ..... 1 (800) 475-5550  
 Universal Care ..... 1 (800) 635-6668  
 TDD Service/Servicio para sordomudos ..... 1 (626) 299-7265 & 7266

Medical Administration Department/Departamento de Administración Médica  
 Community Health Plan ..... 1 (626) 299-5539

California Children Services ..... 1 (626) 858-2100

California Department of Managed Health Care ..... 1 (888) 466-2219

**EMERGENCY/EMERGENCIA ..... 911**

HFP EOC Revision 13  
 05/01/2002

BENEFIT YEAR 2002-2003

## **BIENVENIDO AL COMMUNITY HEALTH PLAN**

Gracias por haber escogido el Community Health Plan (Plan). Por favor revise cuidadosamente la información en esta guía. La información le ayudará a usar los servicios médicos del Plan de manera eficiente.

Su cuidado médico será provisto por un profesional calificado de salud en uno de nuestros consultorios médicos, clínicas u hospitales. Su doctor estará en contacto con otros doctores especialistas, farmacéuticos, enfermeras y otros profesionales de salud para asegurarse que usted reciba la mejor atención médica.

Si tiene alguna pregunta o comentario acerca del Community Health Plan o desea más información sobre los beneficios del Healthy Families Program y del Community Health Plan, por favor comuníquese con un Representante del Plan en la clínica/consultorio médico del Plan que usted escogió para recibir atención médica (consulte el Directorio de Proveedores del Community Health Plan), o llámenos o escribanos a:

Community Health Plan  
Member Services Department  
1000 South Fremont Avenue  
Building A-9 East, 2<sup>nd</sup> Floor, Unit #4  
Alhambra, CA 91803-1323  
1 (800) 475-5550

TDD Service/servicio para sordomudos: 1 (626) 299-7265 & 7266

Con mucho gusto responderemos a sus preguntas y escucharemos sus comentarios.

**Este formulario de Evidencia Combinada de Cobertura y Declaración de Beneficios constituye solamente un resumen de los beneficios del plan de salud. El contrato del plan de salud debe ser consultado para determinar los términos y las condiciones específicas de cobertura. En caso de un conflicto entre el contrato y la Evidencia Combinada de Cobertura y Declaración de Beneficios, las disposiciones de la Evidencia Combinada de Cobertura obligarán al Plan, no obstante que algunas cláusulas en el contrato podrían ser menos favorables para los subscriptos. El Contrato del Plan está disponible a petición, llamando al 1 (800) 475-5550. El Sumario de los Beneficios del Plan de Salud se encuentra en la página 3. Esta Evidencia Combinada de Cobertura y Declaración de Beneficios expone los términos y condiciones de cobertura. Usted tiene el derecho de revisarlos antes de inscribirse.**

**POR FAVOR LEA COMPLETA Y CUIDADOSAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACION PARA INFORMARSE SOBRE DE QUIEN O DE QUE GRUPO DE PROVEEDORES PUEDE OBTENER CUIDADO DE SALUD. SI NECESITA UN CUIDADO DE SALUD ESPECIAL, POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LAS SECCIONES CONCERNIENTES A LAS NECESIDADES DE SU SALUD.**

## ***REQUISITOS PARA ELEGIBILIDAD E INSCRIPCION***

Información acerca de la inscripción, período de inscripción, baja del plan, la fecha de inicio de cobertura, transferencia a otro plan de salud, nueva calificación anual, pagos de primas la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de 1996 y renuncia a costos compartidos para Indios Americanos y Nativos de Alaska, están incluidos en el Manual del Healthy Families Program que le fue enviado por correo. Si tiene preguntas sobre estos temas o desea obtener otra copia de estos materiales informativos, por favor comuníquese con el Healthy Families Program a:

Healthy Families Program  
P.O. Box 138005  
Sacramento, California 95813-8005  
1 (800) 880-5305

## ***SERVICIOS A LOS CLIENTES***

El Community Health Plan, los doctores y el personal de la clínica/consultorio médico quieren asegurarse que usted reciba el mejor cuidado médico posible y reciba toda la ayuda e información que sea necesaria. Si usted habla un idioma que no sea inglés, nosotros tenemos intérpretes que hablan su idioma, disponibles las 24 horas. Nuestros intérpretes le ayudarán y le proporcionarán información cada vez que usted llame al Plan para atención médica. También puede obtener asistencia e información, comunicándose con el Departamento para Miembros del Plan al 1 (800) 475-5550, servicio para consejos médicos después de horas hábiles (1-800-832-MEDI ó 1-800-832-6334) o puede dirigirse a un proveedor/doctor del Plan para una consulta médica. (Actualmente, el servicio de intérpretes del Plan está a cargo de la Línea de Interpretes de AT&T).

## SUMARIO DE BENEFICIOS DEL PLAN DE SALUD

ESTE CONTENIDO ES PARA QUE LO USE PARA COMPARAR COBERTURA DE BENEFICIOS Y ES UN RESUMEN SOLAMENTE. DEBERA CONSULTARSE LA EVIDENCIA COMBINADA DE COBERTURA Y DECLARACION DE BENEFICIOS Y EL CONTRATO DEL PLAN PARA OBTENER UNA DESCRIPCION MAS DETALLADA DE LA COBERTURA Y LIMITACIONES DE BENEFICIOS.

Lo siguiente es un resumen de los servicios cubiertos, conforme al programa de beneficios médicos. Para más información por favor vea las secciones de “Beneficios del Plan de Salud” y “Exclusiones y Limitaciones” en esta guía. El Healthy Families Program no tiene deducibles ni un máximo de vida.

<b>BENEFICIOS</b>	<b>COPAGOS QUE EL SUBSCRIPTO PAGA</b>	<b>LIMITACIONES</b>
Servicios profesionales Consultas a clínicas	\$5/consulta	
Consultas a domicilio	\$5/consulta	
Tratamiento y exámenes de alergia	\$5/consulta	
Radiación/quimioterapia/diálisis	Ningún copago	
Servicios de paciente internado	Ningún copago	
Cirugía/anestesia	Ningún copago	
Fisioterapia/ocupacional/del habla	\$5/consulta	
Servicios Ambulatorios Consultas de clínica	\$5/Consulta	
Cuidado Preventivo (Incluye consultas para cuidado preventivo, vacunas/inmunizaciones, exámenes de salud periódicos, cuidado periódico para bebés, cuidado prenatal, exámenes para enfermedades transmitidas sexualmente, (STD), y exámenes de citología.	Ningún copago	Cubre cuidado médico durante los primeros 2 años de vida del niño.
Servicios de hospital para pacientes ambulatorios/externos.	Ningún copago	
Servicios de planificación familiar	Ningún copago	
Cuidado prenatal/cuidado de maternidad	Ningún copago	
Fisioterapia, ocupacional, y del habla. (Incluye cuidado en casa).	\$5/consulta	
Exámenes de oído y aparatos auditivos	Ningún copago	
Exámenes de los ojos	Ningún copago	

<b>BENEFICIOS</b>	<b>COPAGOS QUE EL SUBSCRIPTO PAGA</b>	<b>LIMITACIONES</b>
Servicios Ambulatorios (continuación) Anteojos especiales para cataratas y lentes	Ningún copago	Medicamentos necesarios después de una cirugía de cataratas.
Anteojos y lentes de contacto	Ningún copago	Medicamentos necesarios después de una cirugía de cataratas
Servicios de aborto (Incluye abortos opcionales)	Ningún copago	No más de 24 semanas de edad gestacional
Servicios de Hospitalización Cuidado Intensivo	Ningún copago	
Cuidado Intermedio	Ningún copago	
Cuidado de Enfermería Especializada	Ningún copago	100 días/Año de beneficio
Cuidado de emergencia	\$5/consulta \$5/consulta para consultas externas que no son urgentes	
Servicio de ambulancia	Ningún copago	
Recetas médicas		
Paciente internado (incluye medicinas para el paciente internado y medicinas administradas en el consultorio médico)	Ningún copago	Excluye los medicamentos experimentales o de investigación que no están reconocidos de acuerdo a las normas médicas como medicamentos que son seguros y efectivos.
Salud Mental		
Paciente ambulatorio	\$5/receta	
Para dejar de fumar	\$5/receta	El Subscrito deberá asistir a las clases del Plan para dejar de fumar.
Anticonceptivos	Ningún copago	
Equipo médico duradero	Ningún copago	
Salud Mental Paciente internado	Ningún copago	Año de Beneficio/ 30 días Enfermedades por Trastornos Emocionales Graves (SED) y Enfermedades Mentales Graves (SMI) <u>sin limite</u>
Salud Mental (continuación)	\$5/consulta	Año de Beneficio 20

<b>BENEFICIOS</b>	<b>COPAGOS QUE EL SUBSCRIPTO PAGA</b>	<b>LIMITACIONES</b>
Paciente ambulatorio		consultas. El Plan quizá proporcione consultas adicionales Enfermedades por Trastornos Emocionales Graves (SED) y Enfermedades Mental Graves (SMI) sin límite
Abuso de alcohol y drogas Paciente internado	Ningún copago	Como sea médicamente necesario para eliminar las sustancias tóxicas del organismo
Paciente ambulatorio	\$5/consulta	20 consultas/Año de Beneficios; consultas adicionales según sea médicamente necesario
Servicios de salud en el hogar	Ningún copago	
Transportación médica	Ningún copago	
Sangre y productos derivados de la sangre	Ningún copago	
Diagnósticos de Radiografías y servicios de laboratorio	Ningún copago	
Cuidado de hospicio Para enfermedades diagnosticadas con expectativa de 1 año de vida	Ningún copago	
Ortopedia y prótesis	Ningún copago	
Educación de salud	Ningún copago	

## ***CÓMO OBTENER SERVICIOS***

### ***Cómo escoger un médico***

Es importante que usted escoja su doctor/proveedor. Si usted no escoge un doctor/proveedor al momento de su inscripción, un doctor/proveedor le será asignado para asegurar que todas sus necesidades de salud sean satisfechas. Cuando el Community Health Plan selecciona un doctor/proveedor para usted, el Plan se asegura que miembros de la misma familia sean asignados al mismo proveedor y que la clínica/el consultorio médico estén localizados en su código postal o dentro de un límite de distancia de (10) millas de su hogar, que el proveedor no tenga más pacientes que el número de pacientes permitidos por el Plan, para que usted pueda obtener una cita dentro de un tiempo razonable y que el proveedor satisfaga sus necesidades de idioma y necesidades de salud.

Además, al asignarle un doctor/proveedor, el Plan toma en cuenta su edad y su sexo. Usted siempre tiene el derecho de seleccionar un proveedor que esté cerca de su hogar. Si desea cambiar de doctor/proveedor, llame a su doctor/proveedor o al Departamento de Servicios para Miembros al 1 (800) 475-5550.

Los Subscriptos del Community Health Plan reciben su cuidado regular de salud del doctor/proveedor, la clínica o consultorio médico del doctor que han seleccionado o que se le asignó. Su doctor/proveedor le:

- Proveerá cuidado de salud y coordinará otros cuidados de salud, excepto en caso de una emergencia.
- Proveerá cuidado para su bienestar, incluyendo exámenes físicos.
- Proveerá recetas para medicamentos y provisiones médicas.

Su doctor/proveedor le referirá a un especialista, hospital, clínica de cuidado intermedio (semi-intensivo y paciente internado de transición) o centro de enfermería especializada que esté asociada con la clínica/proveedor, según sea médicamente necesario. Su doctor debe autorizar los servicios, excepto en una emergencia.

### ***Direcciones de clínicas y proveedores***

En su nuevo paquete para Subscriptos están incluidos los Directorios de nuestros Doctores/Proveedores y Farmacias de Community Health Plan. Estas guías muestran las direcciones, los números de teléfono y las horas de servicio de nuestros doctores/proveedores de atención médica y de las farmacias. Mantenga estas guías a la mano y consúltelas cuando necesite acceso a cuidado de salud. Para obtener una lista de las clínicas de cuidado intermedio (semi-intensivo y de pacientes internados de transición) asociados al Plan, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al 1 (800) 475-5550.

### ***Cambiando de grupo médico y de doctor***

Los Subscriptos pueden cambiar de clínica dentro del Community Health Plan o doctor/proveedor mensualmente. Si usted quisiera cambiar a otro grupo médico y proveedor, por favor comuníquese con su doctor/proveedor de la clínica/consultorio médico donde usted recibe su atención médica o con el Departamento de Servicios para Miembros del Plan al 1 (800) 475-5550.

### **Continuidad del cuidado de salud**

En el momento que usted se inscribió en nuestro Plan, usted quizá recibió tratamientos de atención médica de un doctor que no está asociado con el Community Health Plan. Su doctor/proveedor le ayudará a decidir si debería continuar recibiendo tratamiento con su doctor anterior o con un doctor del Community Health Plan. Si desea completar el tratamiento necesario con un doctor no asociado, usted deberá presentar una petición por escrito a su nuevo doctor/proveedor del Community Health Plan. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros del Plan al 1 (800) 475-5550 para obtener una copia de la póliza de continuidad de cuidado de salud del Plan.

### **Cómo ayudar a su doctor**

A los nuevos Subscriptos se les recomienda que obtengan exámenes iniciales de salud, consultas médicas para cuidado de salud por citas y exámenes físicos periódicamente, según lo recomiende su doctor/proveedor. En calidad de nuevo Subscripto, se le pedirá que complete un formulario de evaluación individual. El asesoramiento le permitirá al doctor/proveedor a identificar y estar preparado para sus necesidades de salud. Usted debería hacer su primer cita dentro de (4) cuatro meses o antes, a partir de la fecha en que usted se inscriba en el Plan. Se recomienda que marque y mantenga las citas para atención médica y que se asegure de tomar todas las medicinas, según lo recomiendo su doctor/proveedor de atención médica. Usted puede también pedir folletos de educación de salud, disponibles en su clínica.

### **Si usted está embarazada**

Si está embarazada, usted puede recibir cuidado de embarazo completo. Es importante recibir cuidado de salud durante los primeros (3) tres meses de su embarazo. Si está embarazada, o piensa que está embarazada, llame inmediatamente a su doctor/proveedor.

### **Cómo hacer citas médicas**

Para hacer citas con la clínica/consultorio médico, llame a la Oficina de Citas de la clínica/consultorio médico de su doctor del Plan que usted escogió para su cuidado de salud. Usted deberá decirle al oficinista que es un Subscripto del Community Health Plan. Tenga su tarjeta(s) de identificación del Plan disponible(s). Las citas con la clínica/doctor están disponibles generalmente de lunes a viernes entre las 8:00 a.m. y las 4:30 p.m. Algunas clínicas del Plan pueden ofrecer citas en las noches y los sábados. Por favor consulte el Directorio de Proveedores para más información acerca de cada clínica.

Si necesita consejo médico durante horas hábiles de la clínica/consultorio médico, usted puede llamar a su doctor/proveedor y hablar con él/ella o con una enfermera del Plan. El doctor/proveedor o la enfermera del Plan le contestará sus preguntas y le ayudará a decidir si necesita dirigirse a la clínica/consultorio médico.

Si no puede asistir a su cita, deberá llamar lo más pronto posible para informar a la clínica/consultorio médico. Usted puede hacer otra cita en ese momento.

### **Servicios para pacientes internados**

El Community Health Plan provee cobertura para cuidado intensivo e intermedio (semi-intensivo y para pacientes internados de transición), establecimiento para enfermos terminales y enfermería especializada. Estos servicios requieren autorización previa de su doctor/proveedor o Administrador del Caso, excepto en una emergencia. Servicios de Enfermería Intermedia y Especializada son cubiertos por un término de 100 días.

### **Referencias a especialistas**

Servicios de atención médica especializada son beneficios cubiertos y disponibles solamente con una referencia de su doctor/proveedor. Estos servicios están disponibles en clínicas de atención médica especializada y consultorios médicos. Su doctor/proveedor emitirá una referencia por escrito con previa autorización para que usted reciba servicios especializados. La clínica revisará la referencia y se asegurará que tenga toda la información necesaria e informará a su doctor/proveedor de la decisión tomada, ya sea por escrito o por teléfono. La referencia solicitada por usted será procesada de la siguiente manera: a) inmediatamente si la referencia es una emergencia; b) en el mismo día si la referencia es urgente; y c) dentro de cinco (5) días hábiles si la referencia es de rutina. Cuando se obtenga la autorización, se le informará de la fecha de su cita para la clínica de servicios especializados. Si usted requiere servicios cubiertos que no están disponibles dentro del grupo de atención médica del Community Health Plan, usted será referido por el doctor/proveedor del Plan a otro proveedor para su atención médica. El Plan pagará por esos servicios solamente cuando usted sea referido por su doctor/proveedor.

Si tiene una enfermedad crónica o enfermedad que pone en peligro su vida y requiere atención médica de un especialista, su doctor/proveedor del Plan lo puede referir a un especialista o a un centro especializado de cuidado de salud por todo el tiempo que sea necesario. El especialista o el centro especializado de cuidado de salud cuenta con especialistas en el tratamiento de su condición o de su enfermedad como se especifica. El especialista y el doctor/proveedor del Plan se comunicarán para asegurar una buena coordinación y continuidad de cuidado de salud.

Usted puede recibir una “referencia permanente” para un especialista si su médico de familia y el especialista determinan que usted tiene una condición o enfermedad que requiere cuidado médico especializado durante un período prolongado de tiempo y pone en peligro su vida, es degenerativa, o puede causar discapacidad.

El suscriptor podrá tener acceso a los siguientes servicios dentro o fuera de la red de CHP, y no se requiere autorización previa:

- ❖ Servicios de Planificación Familiar;
- ❖ Enfermedades de Transmisión Sexual;
- ❖ Atención Obstétrica y Ginecológica (dentro de la red de grupos de proveedores);
- ❖ Servicios de Emergencia, y
- ❖ Servicios de aborto ambulatorios.

Para obtener más información sobre los especialistas que tienen experiencia en tratar condiciones o enfermedades especiales, puede ponerse en contacto con su Grupo Médico o llamar al Plan de Salud de la Comunidad al 1 (800) 475-5550.

### **Servicios para Indios Americanos**

Los Indios Americanos tienen el derecho de recibir servicios médicos en Clínicas de Salud para Indios Americanos. Los Indios Americanos pueden obtener servicios médicos de las Clínicas de Salud para Indios sin previa referencia de los doctores/proveedores del Plan. Para más información acerca de cómo obtener atención médica en una de estas clínicas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros del Plan al 1 (800) 475-5550.

### **Acceso directo para el cuidado de OB/GYN**

Una Subscripta podrá obtener servicios obstétricos (OB) y ginecológicos (GYN) directamente de un OB/GYN o de un doctor perteneciente al grupo de proveedores del Community Health Plan escogido por la subscripta, sin ningún límite y sin previa autorización. Para asegurar continuidad de cuidado de salud y coordinación de servicios, el OB/GYN o doctor regular se comunicará con su doctor del Plan referente a su condición, tratamiento y si hay necesidad de más consultas médicas. Para más información comuníquese con su doctor/proveedor a la clínica donde recibe su cuidado médico o al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-475-5550.

### **Servicios farmacéuticos**

Usted puede surtir sus recetas en las farmacias de la clínica donde recibe su cuidado regular, o en los hospitales o centros de salud del condado, o en las farmacias contratadas del Plan que se encuentran en su comunidad. Para surtir sus recetas, usted debe mostrarle al farmacéutico su tarjeta de identificación del Plan y pagar la cantidad del Copago en el momento que presenta la receta. Las farmacias figuran en el Directorio de Farmacias de Community Health Plan. Un Copago de \$5.00 es cobrado a los Subscriptos por cada receta médica, excepto por recetas para anticonceptivos y aparatos anticonceptivos.

El Subscripto del Plan y el público en general pueden solicitar una copia de la lista más reciente de medicamentos que están en el Formulario de Medicamentos (Drug Formulary) por categoría terapéutica, si algunos medicamentos en la lista se prefieren sobre otros medicamentos que figuran en lista de medicamentos. El hecho de que los medicamentos figuren en el Formulario de Medicamentos no garantiza que sean necesariamente recetados por su doctor/proveedor. Si desea obtener una copia del Formulario de Medicamentos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Community Health Plan al 1 (800) 475-5550.

### **Formulario de Medicamentos**

El subscripto del Plan y el público en general pueden solicitar una copia de la lista mas reciente de medicamentos que figuran en el Formulario de Medicamentos del Plan por categoría terapéutica. El formulario también identifica si un medicamento es preferido sobre otros medicamentos en la lista. La autorización para utilizar un medicamento sin etiqueta de un medicamento del formulario aprobado por la FDA, recetado por un médico participante para una condición debilitante grave y crónica o que pone en peligro la vida, será aprobada si su proveedor proporciona la documentación necesaria apoyando la necesidad médica, seguridad y eficacia para el uso indicado. El hecho de que medicamentos figuren en la lista del Formulario no garantiza que sean prescriptos por su proveedor. No obstante, se le proveerá autorización para un medicamento que no esté en el formulario si su proveedor demuestra que no existe una alternativa en el formulario, y que el medicamento es necesario debido a una de las siguientes condiciones:

- Falta de alternativa en el formulario
- Omisión de proveer una alternativa en el formulario
- Alergias documentadas o reacciones adversas a alternativas en el formulario
- Necesidades especiales del paciente que requieren un medicamento que no figura en el formulario

Las peticiones para autorización para medicamentos que no figuran en el formulario serán evaluadas en base a las necesidades individuales del paciente.

Si usted desea obtener una copia del Formulario de medicamentos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros del Community Health Plan al 1 (800) 475-5550.

**Proceso de autorización previa durante horas de oficina para medicamentos que no figuran en el formulario**

Si su condición requiere el uso de un medicamento que no figura en el Formulario de Medicamentos, su doctor o farmacéutico debe comunicarse con la Unidad de Administración de Utilización (Utilization Management Unit) del Community Health Plan para obtener autorización durante horas hábiles al 1 (626) 299-5539 o solicitarlo por fax al 1 (626) 299-7262. El Plan le responderá en un lapso de 24 horas después de recibir la petición de su proveedor para autorización de un medicamento que no figura en el Formulario. Puede haber ocasiones en las cuales el Plan no podrá procesar una petición para autorización en 24 horas si el doctor solicitante no provee la información pertinente a tiempo.

**Proceso de autorización previa después de horas hábiles, fines de semana y días festivos, para medicamentos que no figuran en el formulario**

El Plan tiene personal en servicio 24 horas al día, 7 días a la semana, incluyendo fines de semana y días festivos para responder a las peticiones de autorizaciones y/o renovación de medicamentos que no figuran en el formulario. Su doctor o farmacéutico puede llamar para una autorización al 1-800-838-MEDI (1-800-832-6334).

**Proceso de autorización para prescripciones bajo circunstancias urgentes o de emergencia**

Si a usted se le termina su medicamento o si hay una falla en los sistemas usados para verificar la elegibilidad del miembro y aprobar una petición para autorización, su farmacéutico está autorizado a proveerle el medicamento por hasta tres (3) días o 72 horas.

**Cláusulas de reembolso**

Si usted recibe una cuenta o reclamo de un hospital o proveedor que le proporcionó servicios médicos, de una tienda que le proporcionó artículos médicos o de una farmacia asociada que erróneamente le cobró por las medicinas o de una compañía de ambulancias, envíe el cobro original y el recibo (si es aplicable) a la siguiente dirección dentro de los 60 días a partir de la fecha en que recibió los servicios:

Community Health Plan  
 1000 South Fremont Avenue  
 Building A-9 East, 2<sup>nd</sup> Floor, Unit #4  
 Alhambra, CA 91803-1323  
 Attention: Finance Division

Una vez que el reclamo o cuenta haya sido recibida, la Oficina de Administración del Plan determinará si los servicios provistos son cubiertos por el Community Health Plan.

Reclamos por servicios de emergencia o de ambulancia provistos, Fuera del Área cubierta por el Plan, se tomarán en cuenta para ser pagados solamente si:

- El Plan fue notificado por usted, un miembro de su familia, médico de cabecera, hospital u otro representante dentro de las 48 horas a partir del transporte, admisión o tratamiento, Y
- Una petición para pago fue recibida por el Plan en la dirección anotada dentro de los 60 días, después de la fecha del primer servicio por el cual se está solicitando el pago.

Todos los reclamos son procesados dentro de los 45 días hábiles después de que toda la información solicitada se haya recibido. El proceso de los reclamos para pago puede requerir expedientes médicos y otra información de proveedores no asociados al Plan. Los reclamos pueden ser pagados totalmente, ser parcialmente negados o completamente negados. Si son parcialmente o completamente negados, usted recibirá una notificación por escrito indicando la(s) razón(es) por la cual fue negado, junto con las disposiciones específicas del contrato en las cuales se basa la negación. Usted también recibirá información acerca de los procedimientos para solicitar la reconsideración del reclamo.

El Community Health Plan reembolsará a los proveedores no asociados al Plan solamente por servicios autorizados y cuidado de emergencia genuino. Si servicios de atención médica que no son autorizados, son obtenidos en una situación que no es urgente de parte de un proveedor no asociado con su doctor/proveedor, usted podría ser responsable por el pago total de la cuenta.

### **Autorización para tratamiento**

Cada clínica tiene un sistema para evaluar una petición de autorización para tratamiento, incluyendo cuidado intermedio (semi-intensivo y de paciente internado de transición) y de enfermería especializada. La petición de autorización para tratamiento será revisada y se tomará una decisión de la siguiente manera: a) inmediatamente si la petición es de emergencia; b) en el mismo día si la petición es urgente, y dentro de cinco (5) días hábiles si es de rutina. Se le comunicará la decisión, ya sea por escrito o por teléfono, según sea médicamente necesario su doctor/proveedor examinará todas las demoras, modificaciones, y las negaciones de servicios. Usted tiene el derecho a apelar o presentar una queja respecto a la demora, modificación, o negación de servicios. Usted también puede obtener más asistencia del Departamento de Corporaciones de California al 1 (888) 466-2219. Una apelación o queja escrita deberá ser presentada al doctor/proveedor o al Departamento de Servicios para Miembros del Plan. Para obtener una copia de la póliza de autorización para tratamiento, llame al Departamento de Servicios para Miembros del Plan al 1 (800) 475-5550.

### **Cómo obtener una segunda opinión acerca de su tratamiento**

El Community Health Plan tiene una póliza para atender las peticiones del Subscrito para una segunda opinión médica. Usted o su doctor pueden iniciar la petición llamando al Departamento de Administración Médica 1 (626) 299-5539.

Razones para que una segunda opinión sea proporcionada o autorizada podrían incluir, entre otras, las siguientes:

1. Usted cuestiona la razonabilidad o la necesidad de procedimientos quirúrgicos que hayan sido recomendados.
2. Usted cuestiona un diagnóstico o plan de cuidado para una condición que representa una amenaza a la vida, pérdida de un miembro, pérdida de alguna función del cuerpo, o un daño substancial, incluyendo, pero no limitado a una seria condición crónica;
3. Su problema médico o plan de tratamiento no son claros o son complejos y confusos, un diagnóstico no está claro debido a resultados conflictivos de exámenes, o el proveedor no puede diagnosticar la condición, y usted pide un diagnóstico adicional;
4. El tratamiento actual no mejora su condición médica en un período de tiempo apropiado, y usted pide una segunda opinión referente al diagnóstico o continuación de tratamiento; o
5. Usted ha intentado seguir un plan de cuidado y ha hablado con su proveedor respecto a serias preocupaciones que usted tiene acerca del diagnóstico o plan de cuidado.

Usted, o su doctor/proveedor pueden solicitar una segunda opinión medica y presentarla a su grupo del Plan. Para obtener más información acerca de su segunda opinión médica, usted puede llamar o escribir al departamento de servicios para miembros del plan:

Community Health Plan  
Departamento de Servicios  
1000 South Fremont Avenue  
Building A-9 East, 2<sup>nd</sup> Floor, Unit #4  
Alhambra, CA 91803-1323  
1 (800) 475-5550

Para una petición no urgente, la decisión para aprobar, modificar o negar su petición se le comunicará por escrito dentro de un periodo de 2 días hábiles a partir de la fecha recibida. Si usted tiene una condición que representa una amenaza a su vida u otra condición que potencialmente pueda tener un impacto perjudicial sobre su salud si no es atendida inmediatamente, una segunda opinión médica será dada a usted dentro de las 72 horas después de que el plan haya recibido su petición, siempre y cuando sea posible.

Si su petición para una segunda opinión médica se refiere al cuidado de su doctor/proveedor, su doctor/proveedor, podría referirlo a un profesional certificado de salud dentro su grupo médico asignado quien tiene el entrenamiento y la experiencia apropiada para examinar su plan de tratamiento. Si su petición para una segunda opinión médica se refiere al cuidado de un especialista, su doctor/proveedor podría referirlo a un especialista certificado dentro del grupo médico contratado del Community Health Plan. Si no hay ningún doctor/proveedor calificado, su doctor/proveedor podría autorizar la referencia a un doctor/proveedor fuera del plan.

Si su petición es negada y no se siente satisfecho con la decisión del Grupo Médico, su apelación será examinada por el Director Médico del plan y el Director Médico tendrá la autoridad para tomar la decisión final.

### **Revisión Independiente Externa de Terapias Experimentales o de Investigación**

El Community Health Plan proveera una revisión médica externa e independiente para evaluar las decisiones del Plan de cobertura para terapias experimentales o en vías de investigación para suscriptores que reúnan las siguientes condiciones:

1. El suscriptor padece de una condición que amenaza su vida o es seriamente debilitante.
2. El médico del suscriptor certifica que el suscriptor padece de una enfermedad que amenaza su vida o condición seriamente debilitante para la cual terapias tradicionales no han sido eficaces en mejorar la condición médica, o para la cual terapias tradicionales no son apropiadas para el suscriptor, o no existe otra terapia tradicional más beneficiosa cubierta por el Plan que la terapia propuesta más abajo.
3. Ya sea que, el médico del suscriptor haya recomendado y certifica por escrito que un medicamento, aparato, procedimiento médico, u otra terapia tiene probabilidades de ser más beneficiosa que cualesquiera otra terapia tradicional disponible; o el suscriptor o su proveedor calificado que no participa en el Plan, ha solicitado una terapia que basada en evidencia médica y científica puede ser más beneficiosa que cualquier otra terapia tradicional disponible al suscriptor. La certificación del médico debe de incluir una exposición de evidencia para certificar su recomendación.
4. El Plan le ha negado al suscriptor cobertura para un medicamento, procedimiento, u otra terapia recomendada.
5. El tratamiento o terapia sería un servicio cubierto por el Plan, excepto por la determinación del Plan de que el tratamiento es experimental o en vías de investigación.

En el lapso de un (1) día hábil a partir de la decisión de negar cobertura, el Plan notificará por escrito al suscriptor y a su médico de la oportunidad para solicitar una evaluación externa e independiente. Una revisión externa e independiente puede solicitarse llamando al Departamento de Administración Médica del Community Health Plan al 1 (626) 299-5539 o enviando una petición por escrito a:

Community Health Plan - Medical Administration Department  
1000 South Fremont Avenue  
Building A-9 East, 2<sup>nd</sup> Floor, Unit #4  
Alhambra, CA 91803-1323

La Administración Médica del Plan de Salud del Community Health Plan determinará si el suscriptor reúne **todas** las condiciones para solicitar una revisión externa e independiente de la terapia. La revisión será llevada a cabo por una entidad imparcial e independiente con credenciales conferidas por el estado de California. Esta entidad seleccionará un jurado independiente de médicos u otros proveedores de servicios de salud que sean expertos en el tratamiento de la afección del suscriptor y conocedores del tratamiento recomendado. Ni el Community Health Plan ni el suscriptor podrán elegir los médicos u otros expertos para jurado ni controlar su elección. El costo de la revisión externa e independiente correrá por cuenta del Community Health Plan.

El jurado de la revisión externa e independiente pronunciará su recomendación y análisis en el plazo de treinta (30) días de haber recibido el plan la petición del suscriptor para una revisión. Si el médico

del suscriptor determina que el tratamiento o la terapia sería significativamente menos eficaz si no se comenzara inmediatamente, el fallo se dictará en el plazo de siete (7) días de la petición por una evaluación acelerada.

La cobertura del tratamiento o terapia recomendada será proveída conforme a las condiciones normalmente aplicables a los otros beneficios del Community Health Plan. Para recibir más información sobre el procedimiento de la revisión externa e independiente o la cobertura del plan, o comuníquese con el Departamento de Administración Médica al 1 (626) 299-5539.

### **Continuidad de cuidado de salud del Suscriptor que requiere cuidado de salud intenso o condición crónica, con un proveedor que terminó su contrato con el Plan**

Si un Suscriptor con un intenso y serio cuidado de salud, condición crónica, alto riesgo o embarazo muy avanzado, solicita continuar su cuidado de salud, hasta por 90 días o más con el doctor/proveedor que terminó su contrato con el Community Health Plan, el Plan se encargará de que el Suscriptor sea atendido por el doctor/proveedor sin contrato, hasta que se pueda hacer un cambio seguro a otro doctor/proveedor asociado al Plan.

Si un Suscriptor desea continuar su cuidado de salud con un doctor/proveedor que terminó su contrato con el Plan, puede comunicarse por teléfono o escribiendo al Departamento de Servicios para Miembros del Plan o con su doctor/proveedor del Plan.

### **Servicio de consejos médicos después de horas hábiles**

El Community Health Plan tiene un Servicio de Consejos Médicos después de Horas Hábiles, compuesto por médicos y enfermeras que están disponibles para asistirle en sus necesidades de cuidado de salud. Si necesita consejo médico o cree que podría necesitar atención médica después de horas hábiles de oficina (clínica/doctor), los fines de semana o días festivos, usted puede llamar y hablar con un médico o enfermera de turno del Plan. Ellos le dirán cómo atenderse en su hogar, o le enviarán a la sala de emergencia, o le dirán cómo y cuándo obtener servicios de salud. El número de teléfono después de horas hábiles es 1 (800) 832-MEDI (1-800-832-6334).

Durante las horas regulares de la clínica/consultorio médico, usted puede comunicarse con su doctor/proveedor si necesita consejo médico o cree que necesita atención médica.

### **Clases para dejar de fumar**

El Community Health Plan provee tratamiento para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. El medicamento para dejar el tabaco es un beneficio cubierto por el Plan y es provisto junto con la participación del Suscriptor en las clases para dejar de fumar. Para obtener más información, comuníquese con su doctor/proveedor a la clínica/consultorio médico donde usted recibe su cuidado de salud o puede llamar al Departamento de Administración Médica del Plan al 1 (626) 299-5539.

### **Área de servicio**

El área de servicio del Community Health Plan incluye todo el condado de Los Angeles. Si usted tiene preguntas respecto al área de servicio, por favor comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1 (800) 475-5550.

## **DEFINICIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CUIDADO URGENTE**

### **Definiciones**

Los Servicios de Emergencia se proveen a los miembros con condiciones y síntomas de gravedad (incluyendo dolores muy fuertes) que una persona con conocimientos de salud y medicina, se dará cuenta, que si no recibe atención médica inmediata, podría poner en un verdadero peligro la salud de la persona o de la criatura que está por nacer, podría dañar el funcionamiento del cuerpo, o podría provocar el mal funcionamiento de cualquier parte u órgano del cuerpo. Los servicios de emergencia también incluyen cuidado para una condición psiquiátrica de emergencia.

El Servicio Urgente: son servicios que se proveen a miembros que se presentan con condiciones que de no ser tratadas tienen el potencial de convertirse en emergencias.

### **Qué hacer cuando usted necesita servicios de emergencia**

Se le recomienda que use apropiadamente el número “911” del sistema para ayuda en emergencias, en áreas donde el sistema esté establecido y en operación, cuando usted tiene una condición médica de emergencia que requiera una respuesta de emergencia. Cuando reciba servicios de emergencia de un doctor, ambulancia, o de los paramédicos identifiqúese como suscriptor del Community Health Plan y muéstreles su tarjeta de identificación del Plan. La transportación de ambulancia en conexión con servicios de emergencia cuando su vida está en peligro, está cubierta por el Plan, sin tomar en cuenta si lo ordenó un paramédico o un doctor/proveedor del Plan. Si usted o un Suscriptor registrado con nuestro Plan es admitido en un hospital que no está asociado al Plan, usted deberá notificar al Plan dentro de las 48 horas a partir de la admisión.

**El Plan cubre servicios de emergencia en hospitales que no están asociados al Plan si fue una emergencia como se define en la Evidencia Combinada de Cobertura y Declaración de Beneficios, en el contrato del Plan (refiérase a la página anterior).**

### **Cómo obtener transporte de emergencia**

El transporte de emergencia le está disponible cuando usted tiene una condición médica de emergencia. Si no está seguro que necesita transporte de emergencia, usted puede llamar a su doctor/proveedor y siga sus recomendaciones o puede llamar al servicio de consejos médicos después de horas hábiles las 24 horas del día al 1 (800) 832-MEDI (1-800- 832-6334).

Las ambulancias para emergencias médicas son pagadas por Community Health Plan. Usted puede solicitar servicios de emergencia y/o servicios del “911” (incluyendo transportación de ambulancia) si usted cree que una condición médica es una emergencia de acuerdo con la definición de emergencia del Community Health Plan.

### **Continuación de los servicios médicos**

La continuación de cuidado médico será proporcionada por su doctor. No regrese a la sala de emergencia para continuación de cuidado de salud rutinario. Llame a su doctor y haga una cita médica cuando necesite cuidado continuo.

### **Cuidado de emergencia fuera del área de servicio del Plan**

El Plan es responsable de pagar por los servicios de emergencia genuinos que usted pueda recibir fuera del área de servicio del Plan. Si ocurre una emergencia mientras se encuentra fuera del área de servicio y no puede esperar hasta llegar a un hospital del Plan para obtener servicios médicos, usted deberá ir a la sala de emergencia del hospital más cercano. Su tarjeta de identificación del Plan le explica al personal del hospital cómo notificarle al Community Health Plan en caso de una emergencia y cómo recibir el pago.

### **Servicios que no califican en el Plan**

El Community Health Plan reembolsará a hospitales que no están asociados con el Plan o a doctores fuera del área de servicio, solamente por servicios de emergencia genuinos. Si consulta a un doctor o va a un hospital por una condición médica o situación que no es de emergencia o que podría esperar hasta que usted regresara al área de servicio del Plan, puede ser que usted tenga que pagar toda esa cuenta.

### **Qué hacer cuando usted necesita servicios urgentemente**

Varias de las clínicas y proveedores de Community Health Plan tienen servicios de atención médica urgente en las noches y los fines de semana. Si usted necesita atención médica de urgencia, durante las horas regulares de la clínica/consultorio médico, llame a su doctor/proveedor. Se le dará información acerca de lo que tiene que hacer. Si necesita cuidado urgente, después de horas hábiles de la clínica/consultorio médico, durante los fines de semana o días festivos, o cuando esté fuera del área de servicio del Plan, llame al servicio de consejos médicos después de horas hábiles del Plan. Usted hablará con un doctor o enfermera del Plan y ellos le dirán cómo y cuándo obtener servicios de salud. El número de teléfono después de horas hábiles es el 1 (800) 832-MEDI (1-800-832-6334).

Si usted habla otro idioma diferente al inglés, nosotros tenemos intérpretes disponibles que hablan su idioma las 24 horas del día. Nuestros intérpretes le asistirán cuando llame al Plan, cuando llame al servicio de consejos médicos después de horas hábiles, o cuando visite cualquiera de los doctores/proveedores del Plan para atención médica. (Actualmente, el servicio de intérpretes del Plan es cubierto por La Línea de Intérpretes de AT&T).

### **Cómo obtener transporte cuando no es una emergencia**

Si usted necesita transporte cuando no es una emergencia médica, comuníquese con su doctor/proveedor o encargado de su caso. También puede comunicarse con el Departamento de Administración Médica del Plan al 1 (626) 299-5539.

## **SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES**

### **Lista de Derechos de los Miembros**

A continuación están anotados sus derechos y responsabilidades. También están incluidas sus responsabilidades para asistir al Plan a cumplir con sus necesidades de cuidado de salud.

<b>Usted tiene el derecho a:</b>	<b>Usted es responsable por:</b>
1. Tener una conferencia médica confidencial con su doctor/proveedor. Especialistas y otros profesionales encargados de su cuidado médico.	1. Participar en el cuidado de su salud y el de los Subscriptores de su familia que cumplen con los requisitos. Esto significa atender los problemas antes de que se conviertan en serios. Usted siempre deberá tomar sus medicinas y participar en programas de salud que lo mantienen saludable.
2. Tener acceso a sus expedientes y mantenerlos confidenciales.  Lo cual significa que su expediente médico permanecerá confidencial y no será disponible sin su consentimiento.	2. Una copia de la póliza del Plan referente a información médica confidencial, estará disponible para usted a su pedido, llamando al Departamento de Servicios para Miembros del Plan al 1 (800) 475-5550.  Usar la sala de emergencias solamente en caso de verdaderas emergencias. Su doctor/proveedor le proveerá la mayor parte del cuidado médico que usted necesite.
3. Obtener una cita con sus proveedores dentro de un tiempo razonable y a mantener a sus doctores/proveedores atentos con usted para ayudarle en las necesidades del cuidado de su salud.	3. Ser amable y cooperativo con el personal que le provee los servicios de atención médica.
4. Recibir cuidado digno, amable y sin discriminación por su cualquier razón, incluyendo raza, credo, sexo, edad, u origen cultural y/o étnico.	4. Hacer y mantener citas y exámenes de rutina. Usted debe de llamar siempre que necesite cancelar una cita.
5. Ser informado de todos los procedimientos, incluyendo apelaciones y quejas.	5. Participar en las encuestas acerca de los servicios del Plan.
6. Recibir información, y que le hablen en un idioma que usted entienda y con el cual se sienta cómodo. El Subscriptor tiene la disponibilidad de servicios de interprete sin ningún costo y el derecho a presentar una queja si no se cubren las necesidades lingüísticas y culturales.	6. Proveer información acerca de sus preferencias de idioma.

<b>Usted tiene el derecho a:</b>	<b>Usted es responsable por:</b>
7. Rehusar tratamiento médico.	7. Informar a su doctor cuando desea rechazar tratamiento médico.
8. Recibir servicios de atención médica preventiva.	8. Obedecer las recomendaciones de su doctor acerca de como mantenerse saludable.
9. Saber y comprender sus problemas médicos y plan de tratamiento.	9. Hacer preguntas y pedir explicaciones si no entiende o necesita más información.
10. Obtener respuesta a una petición de servicio, incluyendo referencias de rutina autorizadas para especialistas, dentro de (5) días laborables. También puede obtener una referencia urgente, autorizada para el mismo día y una referencia de emergencia autorizada inmediatamente, si así lo solicita.	10. Seguir los reglamentos del Plan e informar a su doctor acerca del cuidado que usted recibe.
11. Una segunda opinión médica.	11. Seguir los reglamentos del Plan en lo que se refiere a segunda opinión medica.
12. Saber cuándo su doctor/proveedor ya no está asociado con el Community Health Plan.	12. Llamar al Departamento de Servicios para Miembros del Plan cuando tenga preguntas.
13. Proteger la información en su expediente médico.	13. Mantener la información de su expediente médico y la(s) tarjeta(s) de identificación en un lugar seguro.
14. Que su queja médica sea remitida al Director Médico del Plan.	14. Seguir los reglamentos del Plan en cuanto a quejas medicas se refiere.
15. Pida nuestras pólizas y procedimientos escritos acerca de como decidimos aprobar, cambiar, demorar o negar un servicio que su doctor haya pedido.	15. Usted puede pedir esta información llamando o escribiendo al Departamento de Servicios para miembros del Plan al 1 (800) 475-5550.

***UNIRSE AL PLAN DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE FAMILIAS SALUDABLES***

***Cuándo comienza la cobertura de servicios***

Todas las inscripciones en el Community Health Plan entran en vigor a las 12:01 a.m., Hora Oficial del Pacífico en la fecha especificada por el Healthy Families Program. El Programa le avisará por escrito acerca de la fecha en que la inscripción con el Plan entra en vigor y la cobertura de servicios médicos para todas las personas que cumplen con los requisitos del Programa.

El programa le notificará por escrito la fecha de efectividad de inscripción en el plan y cobertura de salud para todas las personas que se haya determinado son elegibles para el Programa.

***Tarjetas de identificación***

Incluidas en su paquete de Nuevo Subscriptor, se encuentran las tarjetas de identificación para todos los miembros de su familia que cumplen con los requisitos y que están inscritos en el Plan a través del Healthy Families Program. Por favor asegúrese de que las tarjetas están correctas. Si encuentra algún

error, comuníquese con el Departamento para Miembros del Plan al 1 (800) 475-5550. Usted puede presentar también una solicitud de participación en el Healthy Families Program para personas adicionales que califiquen.

Lleve la tarjeta de identificación con usted cada vez que tenga una cita con el doctor, para recoger una receta o necesita atención médica. Siempre tenga la tarjeta a la mano cuando haga citas.

Mantener la tarjeta con usted es importante en casos de una emergencia. La parte de enfrente de la tarjeta lo identifica como un Subscriptor del Community Health Plan. La parte de atrás explica a los hospitales o a las clínicas no asociadas con el Plan, cómo avisarle al Plan y cómo obtener el pago del Plan. Si usted es admitido a un hospital que no está asociada con el Plan, el Plan deberá ser notificado dentro de las 48 horas a partir de la admisión.

Si usted no recuerda cual clínica/proveedor escogió cuando se inscribió al Plan, por favor comuníquese con el Departamento para Miembros del Plan al 1 (800) 475-5550. Su clínica/proveedor es donde usted va a recibir su cuidado médico regular y es importante que usted mantenga la dirección, número de teléfono y las horas hábiles de la clínica/consultorio médico a la mano.

Si usted pierde la tarjeta de identificación del Plan, llame inmediatamente al Departamento para Miembros del Plan al 1 (800) 475-5550

### **Cambios en la información familiar**

Si usted se muda de vivienda debe avisar por escrito al Healthy Families Program, dentro de los 30 días a partir de cualquier cambio en su dirección postal a la cual se le envía su cuenta de cobro, así como cualquier cambio de domicilio de la persona que está participando en el Programa. Un cambio de dirección o nuevo número de teléfono también debe ser reportado al Plan. Usted se puede comunicar con un Representante del Plan en la clínica/consultorio médico (en la lista del Directorio de Proveedores de Community Health Plan) o llame al Departamento para Miembros del Plan al 1 (800) 475-5550.

## **RESPONSABILIDADES DE PAGO**

### **Pagos compartidos (copagos)**

Los copagos de Healthy Families Program se aplican a ciertos servicios provistos a los Subscriptores (excepto como está provisto bajo la ley Federal a los Subscriptores que son descendientes de Indios Americanos, que reciben servicios en una Clínica de Servicios de Salud para Indios Americanos) o los nativos de Alaska. El cuidado preventivo no requiere un copago. Cuando el copago de una familia exceda los \$25 en un mes, se puede pedir una extensión de los planes de pago por medio de su proveedor. Los servicios cubiertos por el Community Health Plan que tienen copagos están anotados en el la sección de “Sumario de Beneficios del Plan de Salud ” de esta guía.

### **Máximo copago anual**

El máximo total de copagos por año para una familia en Healthy Families Program es de \$250. Este máximo es renovado el 1 de julio de cada año. Mantenga una nota con la cantidad de los copagos que

hace y mantenga los recibos juntos en un lugar seguro. Cuando la cantidad total de copagos llegue a \$250, usted puede dejar de hacer copagos. Usted debería sacar fotostáticas de los recibos y enviar los recibos originales a:

Community Health Plan  
1000 South Fremont Avenue  
Building A-9 East, 2<sup>nd</sup> Floor, Unit #4  
Alhambra, CA 91803-1323  
Attention: Member Services Department

O puede traer los recibos a su doctor/proveedor. Un Representante del Plan hará copias para usted y se asegurará que el Departamento para Miembros reciba las pruebas que alcanzó el máximo copago total de \$250 por año para una familia. El Plan le dará una carta de “Copayment Certification” (Certificado de Copagos) para verificar que usted ya no necesita hacer más copagos por el resto del Año de Beneficios. Mantenga la carta de “Copayment Certification” con usted siempre que reciba atención médica y muéstrela cuando se le cobre por un copago. Si necesita ayuda con algún problema de copago, comuníquese con su doctor/proveedor o con el Departamento de Servicio para Miembros del Plan, al 1 (800) 475-5550.

### **Responsabilidades del Subscriptor**

1. Por ley y por contrato con los doctores/proveedores, un Subscriptor no es responsable por pagos de servicios remitidos por el Plan a cualquier proveedor asociado con el Plan, en el caso que el Community Health Plan no le pague al doctor/proveedor.
2. Las personas que solicitan participar en el Healthy Families Program, son responsables de hacer sus pagos de Contribución Familiar al Programa antes de la fecha de vencimiento estipulada.
3. Copagos por los servicios cubiertos provistos para Subscriptores del Plan tienen que ser pagados en el momento que recibió los servicios o dentro de los 30 días después que el solicitante reciba notificación del Plan.
4. El Community Health Plan únicamente reembolsará a los doctores/proveedores que no están asociados con el Plan, por servicios autorizados y emergencias genuinas. Si servicios de atención médica son obtenidos de un doctor/proveedor no asociado con su doctor/proveedor, y dichos servicios no han sido autorizados ni pueden considerarse como una emergencia, quizá usted sea responsable por el pago de toda la cuenta.

## ***BENEFICIOS DEL PLAN DE SALUD***

### **Hospitales**

**Servicios de paciente internado:** Los servicios de hospital en general, en un cuarto de dos o más camas, con muebles y equipo convencional, alimentos (incluyendo dietas especiales cuando son médicamente necesarias) y cuidado general de enfermería. Todos los servicios auxiliares médicamente necesarios así como el uso del quirófano y clínicas relacionadas; cuidado y servicio de terapia intensiva; drogas, medicamentos y productos biológicos; anestesia y oxígeno; diagnóstico de laboratorio y servicios de radiografías; enfermera especial de turno cuando es médicamente necesario; fisioterapia ocupacional y del habla; terapia respiratoria; administración de sangre y derivados de la sangre; otros diagnósticos, y terapia de rehabilitación según sea apropiada; y planeamiento coordinado para dar de alta, incluyendo continuidad de cuidado de salud, tanto como se considere necesario.

Servicios para pacientes internados. Incluyen la cobertura para anestesia general y cargos para establecimiento asociado, en conexión con procedimientos dentales cuando la hospitalización es requerida a causa de una condición médica fundamental o estado clínico, o por la severidad del procedimiento dental. Este beneficio sólo está disponible para subscriptores de menos de 7 años de edad, para personas con discapacidad de desarrollo, independiente de la edad, y subscriptores cuya salud se encuentre comprometida y para los que la anestesia general sea médicamente necesaria, independiente de su edad. El Plan coordinará estos servicios con el plan dental del Subscriptor. Los servicios del dentista o cirujano oral están excluidos para procedimientos dentales bajo los beneficios médicos del Programa, pero podrían ser cubiertos bajo el programa de beneficios de su Programa Dental.

Exclusiones: Artículos personales o de comodidad o un cuarto privado en un hospital están excluidos, a menos que sean médicamente necesarios.

**Servicios para pacientes ambulatorios:** Diagnóstico, servicios terapéuticos y de cirugía realizados en un establecimiento para pacientes ambulatorios. Incluye la fisioterapia ocupacional y del habla, según sea apropiado; y aquellos servicios de hospital que puedan ser provistos de manera ambulatoria. También se incluyen servicios relacionados a estos, tales como equipo y abastecimientos en conexión con servicios de hospital incluyendo el quirófano, el cuarto de tratamiento, servicios auxiliares y medicamentos que son provistos por el hospital o clínica para el uso del Subscriptor durante su estancia en la clínica.

Anestesia general y cargos asociados de establecimiento, y servicios ambulatorios en conexión con procedimientos dentales, cuando el uso de un hospital o centro quirúrgico sea necesario debido a una condición médica fundamental y estado clínico, o por la severidad del procedimiento dental. Este beneficio se encuentra disponible sólo a subscriptores de menos de 7 años de edad, con discapacidad de desarrollo, independiente de la edad, y subscriptores cuya salud esté comprometida y para los que la anestesia general sea médicamente necesaria, independiente de su edad. El Plan coordinará dichos servicios con el plan dental del Subscriptor. Los servicios del dentista o cirujano oral están excluidos para procedimientos dentales.

### **Servicios profesionales**

Servicios profesionales médicamente necesarios y consultas médicas provistas por un médico u otro proveedor de cuidado de salud ejerciendo con licencia dentro de los límites autorizados por su licencia.

Cirugía, asistente de cirugía y anestesia (para pacientes internados y ambulatorios); hospitalización y consultas en localidades de enfermería especializada; visitas a oficinas de profesionales incluyendo consultas para exámenes y tratamientos de alergias, radioterapia, quimioterapia y tratamiento de diálisis; y consultas a domicilio cuando son médicamente necesarias. Además, los servicios profesionales incluyen:

### **Exámenes de la vista**

Para Subscriptores, incluyendo refracciones oculares para determinar la necesidad de lentes correctivas, y exámenes de vista con dilatación de retina. Para los padres subscriptores, la refracción ocular es optativa para el plan.

### **Prueba auditiva, aparatos y servicios auditivos**

Evaluación audiológica para medir la extensión de la pérdida de audición y una evaluación para aparatos auditivos para determinar el fabricante y modelo más apropiado de los mismos.

Aparato auditivo: Aparatos monoaurales o binaurales, incluyendo molde(s) auditivos, el dispositivo en sí, la batería, cuerdas y otros equipos auxiliares iniciales. Citas para calce, asesoramiento, ajustes, reparaciones, etc., sin cargo durante un período de un año a partir de la provisión de un aparato auditivo cubierto.

Limitación: Para padres subscriptores, esto se limita a un máximo de \$1.000 por miembro cada treinta y seis meses, para el dispositivo auditivo y equipos auxiliares.

Exclusiones: La compra de baterías u otros equipos auxiliares, con excepción de los que estén cubiertos bajo los términos de la compra del aparato auditivo inicial y cargos por un aparato auditivo que supere las especificaciones recetas para la corrección de la pérdida auditiva. Piezas de reposición para aparatos auditivos, reparación de un aparato auditivo después del período de garantía cubierto de año, reemplazo de un aparato auditivo más de una vez durante cualquier período de treinta y seis meses, y dispositivos auditivos implantados quirúrgicamente.

### **Cuidado para bebés sanos**

Cuidado para el bebé sano durante sus primeros 2 años de vida, incluyendo visitas del recién nacido al hospital, exámenes de salud y otras visitas a consultorio

### **Inmunizaciones/Vacunas para hijos Subscriptores:**

Inmunizaciones compatibles con la versión más actualizada de las Recomendaciones de Programación de Inmunizaciones Infantiles/Estados Unidos, adoptadas por el Comité Asesor en las Prácticas de Inmunizaciones (ACIP – Advisory Committee on Immunization Practices). Inmunizaciones requeridas para viajar tal y como son recomendadas por ACIP y otras inmunizaciones apropiadas de acuerdo a la edad, siempre que sean recomendadas por ACIP.

### **Exámenes periódicos de salud**

Exámenes periódicos de salud, incluyendo todos los exámenes rutinarios de diagnóstico y servicios de laboratorio apropiados para los exámenes, de acuerdo con las más recientes Recomendaciones para Atención Médica Preventiva en Pediatría, adoptadas por la Academia Americana de Pediatra y la más reciente versión de la Programación de Inmunizaciones Infantiles/Estados Unidos adoptadas por el Comité Asesor en las Prácticas de Inmunizaciones (ACIP).

**Limitaciones:** La frecuencia de estos exámenes no deberá ser aumentada por razones que no están relacionadas con las necesidades médicas del Subscriber, incluyendo el deseo del Subscriber de exámenes físicos y reportes, o servicios médicos asociados, con fines de obtener o mantener trabajo, licencias, seguros, y permisos de deporte para escuelas.

### **Servicios preventivos**

Servicios preventivos serán provistos para detectar enfermedades asintomáticas. Estos servicios incluyen exámenes periódicos de salud, servicios voluntarios de planificación familiar, cuidado prenatal, examen de la visión y de audición, inmunizaciones, examen para enfermedades venéreas, exámenes de citología (basados razonablemente) y servicios efectivos de educación de salud, incluyendo información acerca de los comportamientos personales de salud y atención médica y recomendaciones acerca del uso óptimo de los servicios de atención médica provistos por el Plan y las organizaciones de cuidado de salud asociados con el Plan

### **Medicamentos bajo receta**

Medicinas que sean médicamente necesarias cuando son recetadas por un médico ejerciendo con licencia siempre y cuando lo haga dentro de las limitaciones de su licencia. Esto incluye medicinas inyectables, agujas y jeringas necesarias para la administración de las medicinas inyectables cubiertas. También incluye insulina, glucagon, jeringas y agujas y sistemas de administración de insulina del tipo pluma, tiras para medición de glucosa en la sangre, tiras para la medición de cetona en la orina, lancetas y dispositivos de punción de lanceta en cantidades médicamente apropiadas para el monitoreo y tratamiento de la diabetes dependiente de insulina, no dependiente de insulina y gestacional. Vitaminas prenatales y suplementos de fluoruro incluidos en vitaminas o independientes de las vitaminas que requieran receta.

Medicinas que sean médicamente necesarias y administradas mientras el Subscriber sea paciente o resida en una casa de reposo, asilo de ancianos, hospital de convalecencia o establecimiento similar, cuando sean recetadas por un médico del plan en conexión con un servicio cubierto y obtenidas a través de una farmacia designada por el plan.

El Plan podrá especificar la provisión obligatoria de medicamentos bajo prescripción genéricos equivalentes, si están disponibles, siempre y cuando no existan contraindicaciones médicas. Se incentiva el uso del método de formulario costo máximo permitido (MAC, según sus siglas en inglés) y programas de encomienda postal por el Plan.

El Plan proveerá cobertura para un ciclo o curso de tratamiento con medicamentos para dejar de fumar, por año de beneficio. El Plan también debe exigir que el miembro participe en clases o programas para dejar de fumar en conjunto con los medicamentos para dejar de fumar.

Medicamentos y dispositivos anticonceptivos: El Community Health Plan provee cobertura para todos los medicamentos anticonceptivos orales e inyectables aprobados por la Federal Food and Drug Administration y dispositivos anticonceptivos bajo receta están cubiertos, incluyendo anticonceptivos con liberación por tiempo regulado, implantados internamente, tales como Norplant.

**Exclusiones:** El Plan no cubre medicamentos experimentales o de investigación, al menos que sean aceptados para uso de acuerdo con los criterios de la comunidad médica; medicamentos para propósitos cosméticos; medicinas patentadas o que no requieren receta médica, incluyendo gelatinas, cremas, espumas anticonceptivas, condones, etc.; medicinas que no requieren una receta médica escrita (excepto insulina y medicamentos para dejar de fumar, según se indica arriba); y suplementos

dietéticos (excepto fórmulas o productos alimenticios especiales para el tratamiento de la fenilcetonuria o PKU) y supresores de apetito o cualquier otra droga o medicina dietética.

### **Diagnóstico de Radiografías y Servicios de Laboratorio**

El Plan cubre servicios de laboratorio para diagnóstico, servicios radiológicos de diagnóstico y terapéuticos necesarios para evaluar, diagnosticar, tratar y realizar el seguimiento de la atención de Subscriptores de forma apropiada, los que incluirán, sin limitarse a, electrocardiogramas, electroencefalogramas y mamografías con propósitos de evaluar o diagnosticar.

Pruebas de laboratorio apropiadas para el control de la diabetes, incluyendo como mínimo: colesterol, triglicéridos, microalbuminuria, HDL/LDL y Hemoglobina A-1C (Glucohemoglobina).

### **Equipo médico durable**

Equipo médico apropiado de uso en el hogar, el cual: 1) está destinado a ser usado repetidas veces; 2) generalmente no es útil a la persona en ausencia de la enfermedad o lesión; y 3) sirve principalmente para un propósito médico. El Plan podrá determinar si el equipo se debería alquilar o comprar. Las reparaciones o reemplazos son cubiertos por el Plan, a menos que resulten ser necesarias debidos al mal uso o pérdida. Oxígeno y equipo de oxígeno; monitores de medición del nivel de glucosa en la sangre y monitores de medición del nivel de glucosa en la sangre para personas con deficiencia visual, según sea médicamente apropiado para la diabetes dependiente de insulina, no dependiente de insulina y gestacional, bombas de insulina y toda provisión asociada, dispositivos para la vista, excluyendo gafas, para asistir a las personas con deficiencia visual con la dosis apropiada de insulina, y monitores para apnea, dispositivos podiátricos para evitar o tratar las complicaciones de la diabetes; aparatos pulmonares y abastecimientos relacionados; nebulizadores, tubos y equipo/material relacionados, así como espaciadores para inhaladores reguladores de dosis; bombas de insulina; bolsas para ostomía y catéteres urinarios y otros equipos relacionados.

Exclusiones: Cobertura para artículos de comodidad y conveniencia; abastecimientos desechables excepto las bolsas para ostomía y los catéteres urinarios y equipos consistentes con las directrices de cobertura de Medicare; equipo de higiene y para hacer ejercicio; equipo experimental o de investigación; aparatos que no son de naturaleza médica, así como los baños sauna y elevadores o modificaciones en el hogar o automóvil, así como equipo de lujo o más de una pieza de equipo que sirva para el mismo propósito.

### **Ortótica y prostética**

El Plan cubre por ortótica y prostética, incluyendo la reposición de aparatos prostéticos médicamente necesarios cuando son recetados por un médico ejerciendo con licencia dentro de los límites de su autoridad, y la reposición de aparatos ortóticos médicamente necesarios, cuando son recetados por un médico ejerciendo con licencia dentro de los límites de su autoridad. Cobertura de los primeros y subsecuentes aparatos prostéticos y la instalación de accesorios para restaurar un método del habla debido a una laringotomía y zapatos ortopédicos para diabéticos.

También incluye dispositivos protésicos para restaurar y lograr la simetría asociada a una mastectomía.

Exclusiones: Zapatos correctivos y soportes del arco, excepto en zapatos ortopédicos, e inserciones para personas diabéticas, aparatos no rígidos, así como soportes elásticos para las rodillas, fajas, medias y cintos o cinturones elásticos; aparatos dentales; máquinas que producen voces electrónicas o más de un aparato para la misma parte del cuerpo. También no incluye gafas (excepto gafas o lentes de contacto necesarios después de una cirugía de cataratas).

### **Gafas y lentes para cataratas**

Gafas para cataratas, lentes de contacto para cataratas, lentes intraoculares que reemplazan la lente natural del ojo después de la cirugía de cataratas están cubiertos. También un par de gafas convencionales o lentes de contacto convencionales están cubiertos, si fueran necesarios después de una cirugía de cataratas con inserción de una lente intraocular.

### **Cuidado de maternidad**

Servicios profesionales y hospitalarios médicamente necesarios relacionados con cuidados de maternidad incluyendo: cuidado prenatal y postnatal y complicaciones de embarazo; exámenes para recién nacidos, exámenes y tratamiento para phenylketonuria (PKU), y cuidado mientras la madre esté hospitalizada. El momento para dar de alta a la madre y al recién nacido, será determinado por el médico a cargo siempre en consulta con la madre. El tiempo de hospitalización para la madre y el recién nacido será cubierto por 48 horas para un nacimiento vaginal normal y 96 horas en el caso de un nacimiento por cesárea. Si el tiempo de hospitalización es menos de lo especificado arriba, una consulta le será provista a la madre y su recién nacido dentro de las 48 horas después de que fue dada de alta. La consulta después de que se le dió de alta será, ya sea en el hogar, en el consultorio del doctor/proveedor o en una clínica del Plan.

### **Planificación familiar**

Servicios voluntarios de planificación familiar incluyendo asesoría y procedimientos quirúrgicos para esterilización así como lo permite la ley estatal y federal, diafragmas y cobertura para otros dispositivos aprobados por el Food and Drug Administration federal y medicamentos anticonceptivos según el beneficio de medicamentos recetados.

“Algunos hospitales y otros proveedores no proporciona uno o más de los siguientes servicios que pueden ser cubiertos bajo su plan de contrato y que usted o un miembro de su familia puede necesitar: planificación familiar; servicios de anticonceptivos, incluyendo anticonceptivos de emergencia; esterilización, incluyendo ligadura de trompas en el momento del parto; tratamientos de infertilidad o aborto. Usted debe obtener más información antes de inscribirse. Llame a su futuro médico, grupo médico, asociación médica independiente, o clínica, o llame a **Community Health Plan** al 1 (800) 475-5550 para asegurarse que puede obtener los servicios para el cuidado de la salud que usted necesita.”

### **Servicios de transporte médico**

Transporte de emergencia en ambulancia en conexión con servicios de emergencia al primer hospital que efectivamente acepte al Subscriptor para cuidado de emergencia. Incluye ambulancia y servicios de transporte de ambulancia provistos a través del sistema de respuesta para emergencias “911”.

Transporte que no sea de emergencia para el traslado de un Subscriptor de un hospital a otro hospital o establecimiento, o del establecimiento a su hogar cuando:

- (A) sea médicamente necesario, y
- (B) sea solicitado por un proveedor del plan, y
- (C) cuente con autorización previa del Plan de salud participante.

Exclusiones: Cobertura de transporte por avión, carro, taxi u otra forma de transporte público.

## **Servicios médicos de emergencia**

Atención médica de emergencia para el alivio de enfermedad o lesión repentina, grave e inesperada, o dolor intenso o para el diagnóstico y tratamiento inmediato de cualquier problema de salud en el que el suscriptor corra riesgo de perder la vida, sufrir enfermedad o discapacidad grave, o que así le parecería a una persona prudente. Se debe proveer tanto adentro como fuera del área de servicio del Plan y adentro y afuera de la red del Plan. Se debe proveer tanto adentro y afuera del área de servicio del plan y adentro y afuera de los establecimientos participantes del plan de salud.

## **Salud Mental**

### **(A) Pacientes internos**

#### Descripción

Atención de salud mental durante el confinamiento certificado en un hospital participante, cuando sea ordenado y realizado por un profesional de la salud mental participante para el tratamiento de un problema de salud mental. Para los niños Subscriptores, que reúnan los criterios establecidos para Trastornos Emocionales Graves (SED, según sus siglas en inglés), según el departamento de salud dental de su condado. El Plan podrá limitar los servicios a 30 días por año de beneficios. Community Health Plan es responsable por identificar a niños Subscriptores que puedan tener SED y derivará a dichos niños para determinación. Para niños Subscriptores cuyo departamento de salud mental del condado determine tengan SED, el Plan proveerá hasta 30 días de atención con internación y luego delegará dichas personas al departamento de salud mental de su condado para continuación del tratamiento de su condición.

Con excepción de los límites que se citan en el párrafo anterior para subscriptores cuyo departamento de salud mental del condado determine tengan SED, el Plan deberá proveer servicios sin límite de visitas para enfermedades mentales graves, incluyendo esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastornos depresivos mayores, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

El Plan podrá limitar la cobertura a 30 días por año de beneficio para enfermedades que no cumplan con los criterios de enfermedades mentales graves ni los criterios de SED para un niño.

Community Health Plan podrá, con el acuerdo del Subscriptor o Solicitante u otro adulto responsable, si correspondiera, sustituir cada día de internación en hospital por cualquiera de los siguientes: dos (2) días de tratamiento en instituciones, tres (3) días de tratamiento de atención diurna o cuatro (4) visitas ambulatorias.

### **(B) Pacientes externos**

La atención de salud mental, cuando la ordena y realiza el Plan, incluye el tratamiento de niños que hayan experimentado disfunciones o traumas familiares, incluso abuso y negligencia, violencia doméstica, abuso de sustancias en la familia, o divorcio y duelo. Los integrantes de la familia pueden participar en el tratamiento siempre y cuando el Plan lo considere apropiado para la salud y recuperación del niño.

El Plan debe proveer servicios sin límite de visitas para enfermedades mentales graves, incluyendo esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastornos depresivos mayores, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. El Plan será responsable por identificar a niños que puedan tener SED y derivará a dichas personas al departamento de salud mental de su condado para determinación. A pesar de la primera oración de este párrafo, el Plan derivará a los niños Subscriptores cuyo departamento de salud mental del condado haya determinado que tienen SED, al departamento de salud mental de su condado para tratamiento de la condición.

El Plan proveerá hasta 20 visitas por año de beneficio. El plan podrá limitar la cobertura a 20 días por año de beneficio para enfermedades que no cumplan con los criterios para enfermedades mentales graves ni los criterios para SED para un niño.

El Plan podrá escoger proveer visitas adicionales. El Plan proveerá terapia de grupo por un copago reducido.

Exclusiones: trastornos mentales que no respondan a los métodos de tratamiento generalmente aceptados.

### **Abuso de alcohol y drogas**

- (A) Pacientes internados:** Hospitalización para alcoholismo y drogadicción, según sea médicamente apropiado para eliminar las sustancias tóxicas del sistema.
- (B) Pacientes externos:** Intervención de crisis y tratamiento del alcoholismo o la drogadicción de forma ambulatoria, según sea médicamente apropiado. Community Health Plan ofrecerá un mínimo de 20 visitas por año de beneficio y podrá optar por proveer visitas adicionales.

### **Servicios de salud en el hogar**

Servicios de salud provistos en el hogar por el personal de cuidado médico. Incluye visitas hechas por Enfermeras Registradas, Enfermeras Vocacionales Graduadas y ayudantes de salud en el hogar; además, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla, y terapia respiratoria cuando sea recetada por un médico con licencia ejerciendo dentro de los límites de dicha licencia.

Limitaciones: Los servicios de salud en el hogar están limitados a aquellos servicios que son ordenados o recetados por un médico a cargo u otra autoridad apropiada designada por el Plan. Si un servicio de salud básico puede ser provisto en más de una clínica médicamente apropiada, está a discreción del médico a cargo o de la autoridad designada por el Plan, escoger la clínica para proveer el cuidado. El Plan ejercita supervisión médica prudente de todos los casos, para asegurarse que recibió el cuidado adecuado en la clínica apropiada. La supervisión médica de casos podría determinar si un servicio en particular o clínica es efectivo y de bajo costo habiendo la posibilidad de escoger entre varios servicios o clínicas alternativas que son médicamente apropiados.

Exclusión: Cuidado de Custodia.

### **Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla**

La terapia puede ser proporcionada en un consultorio médico u otro establecimiento ambulatorio apropiado, hospital, establecimiento de enfermería especializada o en el hogar. El Plan exige evaluaciones periódicas mientras se provea la terapia médicamente necesaria.

### **Atención de enfermería especializada**

Servicios recetados por un médico del Plan o enfermera(o) y provistos en un establecimiento de enfermería especializada que cuente con licencia cuando sean médicamente necesarios. Esto incluye enfermería especializada las 24 horas por día; hospedaje y comidas; radiografías y procedimientos de laboratorio; terapia respiratoria; fisioterapia y terapia ocupacional y del habla; servicios médicos sociales; medicamentos; equipo y suplementos médicos, aparatos y equipos proporcionados por el centro de enfermería especializada. Este beneficio se limitará a un máximo de 100 días por año de beneficio.

Exclusiones: Cuidado de custodia.

### **Educación de la salud**

Servicios eficaces de educación de la salud, incluyendo información acerca de los comportamientos personales de salud y atención médica y recomendaciones acerca del uso óptimo de los servicios de atención médica, provistos por el Plan o las organizaciones de cuidado de salud asociadas con el Plan.

### **Atención para enfermos terminales**

El beneficio de atención para enfermos terminales incluye cuidado de enfermería, servicios médicos sociales, servicios de ayuda de salud en el hogar, servicios médicos, medicamentos, equipos y aparatos médicos, asesoría y servicios de luto. El beneficio también incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y atención con internación a corto plazo para el control del dolor y el manejo de síntomas.

El beneficio de atención de enfermos terminales podrá incluir, a criterio del plan de salud, servicios de ayuda doméstica, servicios de voluntarios y atención de relevo de corto plazo con internación.

Limitaciones: El beneficio de atención para enfermos terminados está limitado a aquellos individuos que son diagnosticados con una enfermedad incurable, con una expectativa de vida de doce meses o menos y que eligen el cuidado para enfermos terminales para su enfermedad, en lugar de los servicios tradicionales cubiertos por el Plan.

Las personas que opten por el cuidado para enfermos terminales no tendrán derecho a ningún otro beneficio bajo el Plan para la enfermedad terminal mientras la opción del cuidado para enfermos terminales esté en efecto. La opción por la atención para enfermos terminales puede ser revocada en cualquier momento.

### **Transplantes**

El Plan ofrece cobertura para transplantes de órganos y médula ósea, que sean médicamente necesarios y que no son de naturaleza experimental o de investigación. Esto incluye gastos médicos y hospitalarios razonables de un doctor o individuo, identificado como un donante potencial, si es que estos gastos están directamente relacionados al transplante en beneficio del Subscriber.

También cubre los cargos de examen de familiares para encontrar el donante apropiado para el transplante de médula ósea. Cargos asociados con la búsqueda y análisis de donantes de médula ósea, que no sean parientes a través de un Registro de Donantes y cargos asociados con la obtención de la donación de órganos a través de un Banco de Donación de Transplantes debidamente reconocido, si los gastos están directamente relacionados al transplante anticipado de un Subscriber.

Exclusiones: Cuidado de custodia.

### **Sangre y derivados de la sangre**

La cobertura incluye el procesamiento, almacenaje y administración de sangre y derivados de la sangre en clínicas para pacientes internados y ambulatorios. También incluye la colección y el almacenamiento de sangre autóloga, cuando se indica médicamente.

### **Cirugía y atención médica reconstructiva**

Se provee cirugía reconstructiva para restaurar y lograr simetría y cirugía realizada para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo ocasionadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores o enfermedad para cualquiera de los siguientes:

(A) Mejorar la función

(B) Crear un aspecto normal, dentro de lo posible

Incluye la cirugía reconstructiva para restaurar y lograr simetría asociada a mastectomía.

Exclusión: Cirugía cosmética realizada para alterar o dar nueva forma a estructuras normales del cuerpo, con la finalidad de mejorar el aspecto.

### **Cirugía y atención médica por mastectomía**

Una mastectomía es un beneficio cubierto por el Plan como está determinado médicamente por el doctor y/o el cirujano del Plan. Beneficios de tratamiento incluyen: mastectomía, incisión del ganglio linfático y mastectomía, logro de restablecimiento y simetría, y complicaciones asociadas con estos procedimientos. La estancia en el hospital la determinará el doctor o cirujano que le está atendiendo.

### **El manejo de la diabetes en forma ambulatoria**

Los servicios cubiertos proveen entrenamiento para el manejo de la diabetes en forma ambulatoria, educación, y terapia nutricional necesaria para que el solicitante o subscriptor puedan apropiadamente usar el equipo, suministros, y medicamentos para el manejo de diabetes. El entrenamiento de manejo ambulatorio de la diabetes, educación, y terapia nutricional son proveídos por profesionales de la salud apropiadamente acreditados o registrados.

### **Cáncer de mama**

Community Health Plan brinda cobertura para la detección, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama, de conformidad con las pruebas científicas y métodos aceptados en el ejercicio de la medicina, después de una remisión de su médico.

### **Detección de cáncer**

Community Health Plan brinda cobertura para todas las pruebas de detección de cáncer generalmente aceptadas médicamente.

### **Prueba para detección del cáncer cervical**

Si usted es derivada por su PCP (médico de familia) o proveedor que la trate, usted podrá someterse a cualquier otra prueba de Detección del Cáncer Cervical que sea aprobada por la FDA (Food and Drug Administration), además de su Papanicolau anual de costumbre.

### **Ensayos Clínicos de Cáncer**

Si usted tiene cáncer, es posible que pueda participar en un *ensayo clínico* de cáncer que reúna ciertos requisitos, cuando usted sea derivado(a) por su PCP o proveedor que lo trate perteneciente a

**Community Health Plan.** El *ensayo clínico* de cáncer debe ser para un potencial significativo para beneficiarlo y debe contar con aprobación de uno de los siguientes:

- National Institute of Health (NIH)
- Food and Drug Administration (FDA)
- U.S. Department of Defense
- U.S. Veteran's Administration

Si usted participa en un *ensayo clínico* de cáncer aprobado, Community Health Plan proveerá cobertura para todo el costo de atención de rutina del paciente asociado al ensayo clínico de cáncer.

Si usted tiene una condición debilitante o por la que pelagra su vida o fuera elegible, pero se le niega cobertura para un Ensayo Clínico de Cáncer, usted tiene el derecho de solicitar una Revisión Médica Independiente (RMI, o IMR según sus siglas en inglés) sobre la denegación.

**NOTA: Usted deberá revisar cuidadosamente la sección de “Exclusiones y Limitaciones” de esta guía, para obtener más información acerca de los servicios excluidos que no son provistos por el Healthy Families Program.**

## ***ENLACE CON OTROS PROGRAMAS***

### ***California Children's Services (CCS)***

Como parte de los servicios que provee Healthy Families Program (HFP), aquellos niños que necesitan cuidado médico especial podrán calificar para pertenecer al California Children's Services (CCS) Program.

El CCS es un programa médico de California que atiende a hijos de Subscriptores de menos de 21 años de edad con **ciertas condiciones de impedimento físico y que necesitan atención médica de algún especialista**. Este programa está disponible para todos los hijos de Subscriptores en California, cuyas familias reúnan ciertos requisitos médicos, financieros y de residencia para la elegibilidad. Todos los niños de Subscriptores inscritos en el HFP se consideran financieramente elegibles de acuerdo a los requisitos del programa CCS. Los servicios proporcionados por el CCS Program, están coordinados por la oficina del CCS local del condado.

Si el médico de familia (PCP) de un miembro del Healthy Family Program (HFP) cree o identifica que un miembro tiene una posible condición médica para calificar para el CCS, él/ella **deberá derivar** al miembro a una oficina local del condado del programa CCS. El programa CCS (local o CCS Regional Office) **determinará** si la condición médica del miembro califica para servicios de CCS.

Si se determinó que califica para servicios del CCS, el miembro del HPF continuará inscrito en HFP. A él o ella se le dará una referencia para recibir tratamiento por su condición en el CCS por el grupo de doctores especializados del CCS y/o centros especializados del CCS. Estos doctores del CCS y centros de especialidad están altamente capacitados para dar tratamiento médico a los que califican según la condición para el CCS. El Community Health Plan continuará dando servicios médicos y servicios preventivos que no están relacionados para calificar para el CCS, como se describe en este documento,

y también nos mantendremos en comunicación con el CCS Program, para coordinar el cuidado de salud, tanto por el CCS Program como por el plan.

Aunque todos los niños inscritos en el HFP califican financieramente para el CCS Program, la oficina del CCS verificará el estado residencial de cada niño que esté en el CCS Program. Si envíasen a su hijo(a) al CCS Program, usted completaría una solicitud para verificar el estado residencial y asegurarse de la coordinación del cuidado médico de su niño después de la derivación.

Información adicional acerca del CCS se puede obtener llamando al proveedor/doctor del niño o al departamento de Administración Medica del Plan al 1 (626) 299-5539.

### **Beneficios de Salud Mental del Condado para Niños con Trastorno Emocional Grave (SED)**

Como parte de los servicios provistos por el Healthy Families Program (HFP), niños que necesitan servicio especial de salud mental, se les dará una referencia para el Mental Health Program (Programa de Salud Mental) del Condado de Los Angeles.

Si un miembro tiene una condición elegible de trastornos graves emocionales - Serious Emotional Disturbed (SED), el cuidado médico para la condición (SED) lo proveerá el Mental Health Program del Condado. El niño seguirá inscrito en el Community Health Plan y recibirá servicios médicos que no están relacionados a la condición de (SED). Servicios proporcionados por el departamento de salud mental para (SED) incluye terapia para la familia y terapia individual.

Para obtener más información sobre servicios para niños con (SED), comuníquese con el departamento de salud mental del condado. El número de teléfono del departamento de salud mental de su condado figura en la lista gubernamental (“governmental listing”) en la sección del directorio telefónico bajo el título de “County Government Offices”.

## ***EXCLUSIONES Y LIMITACIONES***

El Plan no provee cobertura para toda clase de cuidado de salud. Hay algunos servicios que son excluidos y no son parte del paquete de cobertura. Los siguientes son servicios están excluidos y no son provistos.

- Artículos personales o de comodidad o un cuarto privado en un hospital, a menos que sean médicamente necesarios.
- Servicios médicos, quirúrgicos (incluyendo implantes) u otros procedimientos de atención médica, productos, medicamentos drogas o aparatos, los cuales son: 1) experimentales o de investigación, que no son reconocidos de acuerdo con las normas médicas generalmente aceptadas como seguras y efectivas para usarse en el tratamiento, ó 2) son anticuados o ineficaces.
- Medicinas experimentales o de investigación, al menos que sean aceptadas para uso de pacientes, de acuerdo a los criterios de la comunidad médica; drogas o medicamentos para propósitos cosméticos; medicinas patentadas que no requieren receta médica, incluyendo cremas, espumas anticonceptivas, condones, etc.; medicinas que no requieren una receta médica escrita (excepto

insulina); y suplementos dietéticos, supresores de apetito o cualquier otra droga o medicina dietética.

- Artículos de comodidad o de conveniencia personal.
- Equipo y abastecimientos desechables (excepto bolsas para ostomía y catéteres urinarios y abastecimientos consistentes con las directrices de Cobertura de Medicare). Equipo para hacer ejercicio y equipo de higiene; equipo experimental o de investigación; aparatos que no son de naturaleza médica así como los baños sauna y elevadores o modificaciones en el hogar o automóvil; equipo de lujo o más de una pieza de equipo que sirvan para el mismo propósito.
- Zapatos correctivos y soportes del arco (a excepción de zapatos ortopédicos para diabéticos); aparatos no rígidos así como soportes elásticos para las rodillas, fajas, medias y cintos o cinturones elásticos.
- Aparatos dentales así como máquinas que producen voces electrónicas, o más de un aparato para la misma parte del cuerpo, están excluidas.
- Transporte por avión, carro, taxi u otra forma de transporte público.
- Servicios de acupuntura y quiropráctica.
- Servicios de bio-retroalimentación.
- La compra de baterías de repuesto para aparatos auditivos u otros equipos de auxilio, excepto los que son cubiertos bajo los términos de la compra inicial de los aparatos auditivos; los costos de un aparato auditivo que exceda las especificaciones prescritas para una corrección auditiva; repuestos para aparatos auditivos; reparación de un aparato auditivo después de un (1) año de cobertura con garantía; reemplazo de un aparato auditivo más de una vez en cualquier período de 36 meses y aparatos auditivos implantados quirúrgicamente.
- Servicios, abastecimientos, artículos, procedimientos o equipos que no son médicamente necesarios de acuerdo al Plan, al menos que sea especificado en el contrato.
- Servicios en clínicas de emergencia para condiciones que no son de emergencia.
- Anteojos, a excepción de anteojos/lentes o lentes de contacto necesarios después de una cirugía de cataratas.
- Tratamiento para la esterilidad. El diagnóstico de esterilidad para Subscriptores no está cubierto al menos que sea provisto junto con los servicios cubiertos de ginecología. Sin embargo, no se excluyen los tratamientos de condiciones médicas del sistema reproductor.
- Beneficios de cuidado a largo plazo, incluyendo servicios de enfermería especializada en una clínica local con licencia y atención de relevo.
- Tratamientos por cualquier lesión o enfermedad proveniente o sufrida en el curso de cualquier ocupación o compensación al trabajador así como el provecho o ganancia por los cuales se proveen beneficios o que sean pagaderos bajo cualquier plan de beneficios de Compensación al Trabajador.

El Plan proveerá los servicios en el momento en que sean necesarios, y el Subscriber o solicitante cooperará para garantizar que el Plan sea reembolsado por dichos beneficios.

- Cirugía cosmética realizada con la única finalidad de alterar o dar nueva forma a estructuras normales del cuerpo para mejorar el aspecto.
- Servicios que cumplen con los requisitos de reembolso por parte de compañías de seguro o que están cubiertos bajo cualquier otro seguro o plan de servicios de salud. El Plan proveerá los servicios cuando sean necesarios y el Subscriber o solicitante cooperará para asegurar que el Plan sea reembolsado por esos beneficio.
- Beneficios cubiertos incluyen servicios de hospitalización en conexión con procedimientos dentales, siempre y cuando la hospitalización sea requerida debido al estado clínico y a la condición médica en cuestión dada la severidad del procedimiento dental. El Plan coordinará esos servicios con el plan dental del Subscriber. Los servicios del dentista o cirujano oral son excluidos para procedimientos dentales de entre los beneficios de salud del Programa, pero podrían estar cubiertos bajo los beneficios de su programa dental.
- Beneficios cubiertos también incluyen servicios ambulatorios en conexión con procedimientos dentales, cuando la hospitalización o servicio ambulatorio es requerida por la condición médica en cuestión o estado clínico, según la gravedad del procedimiento dental. El Plan coordinará esos servicios con el plan dental del Subscriber. Los beneficios del Plan no incluyen los servicios del dentista o cirujano oral para procedimientos dentales, pero podrían estar cubiertos bajo los beneficios del Programa dental del Subscriber.
- Se excluyen también, el aumento en la frecuencia de exámenes periódicos por razones que no están relacionadas con necesidades médicas del Subscriber incluyendo el deseo del Subscriber de exámenes físicos o informes o servicios relacionados, con el propósito de obtener o mantener trabajo, licencias, seguros, permisos de deporte para escuelas.

## ***INFORMACIÓN GENERAL***

### **Quejas y apelaciones**

Community Health Plan desearía resolver cualquier problema que pueda tener con los servicios que recibe. En calidad de Subscriber de Community Health Plan, usted tiene los siguientes derechos bajo los procedimientos de queja del Plan:

1. Usted tiene el derecho de presentar una queja formal. Usted puede llamar a su proveedor o al Departamento de Servicios para Miembros. Un Representante del Plan, le ayudará a completar su queja por escrito. Usted recibirá una carta, dentro cinco (5) días hábiles, informándole que su queja fue recibida.

El personal del Community Health Plan investigará y tomará las medidas necesarias para resolver el problema(s) hasta que usted quede satisfecho(a). Usted recibirá una respuesta por escrito explicándole las acciones tomadas, dentro de 30 días en el cual su queja fue recibida. Su queja será resuelta dentro de 30 días.

2. Si no está satisfecho con la resolución de la queja, puede remitir una apelación por escrito dentro de 30 días según la decisión del Plan a:

Community Health Plan  
1000 South Fremont Avenue  
Building A-9 East, 2<sup>nd</sup> Floor, Unit #4  
Alhambra, CA 91803-1323  
Attention: Grievance Coordinator  
1 (800) 475-5550

3. Si cree que necesita representación legal, comuníquese con su abogado o con la Fundación para Ayuda Legal (Legal Aid Foundation) al 1 (213) 487-3320 para recibir consejos.

Un Representante del Plan está disponible para ayudarle y proveerle información. Si tiene preguntas acerca de los procedimientos de quejas, por favor llame a un Representante del Plan en su clínica de atención médica/consultorio médico o comuníquese con el Departamento para Miembros del Plan al 1 (800) 475-5550.

El Community Health Plan procederá a una revisión inmediata con respecto a cualquier queja de amenaza inminente y seria para su salud, incluyendo pero no limitado a dolor severo, la posibilidad de perder la vida, extremidad o función mayor del cuerpo. Usted puede también remitir una apelación directamente al Administrador del Plan. Se le avisará acerca de los resultados dentro de un periodo que no exceda 72 horas después de que el Plan recibió su petición para una revisión inmediata. Una queja, y/o apelación puede ser sometida por el solicitante, subscriptor, o un representante seleccionado por usted.

**Revisión Médica Independiente de una Queja que Implica un Servicio de Cuidado Médico En Litigio**  
**(Lenguaje Modelo Para Declaraciones EOC)**

Usted puede solicitar una revisión médica independiente (“IMR” en inglés) para servicios de cuidado de salud en litigio desde el Departamento de Manejo del Cuidado de la Salud (“DMHC” en inglés), si usted cree que los servicios de cuidado médico le han sido indebidamente negados, modificados, o retrasados según el Plan o uno de sus proveedores contratantes. Un “servicio de cuidado médico en litigio” es cualquier servicio de cuidado de salud elegible para cobertura y pago bajo su contrato subscriptor que ha sido negado, modificado, o retrasado por el Plan o uno de sus proveedores contratantes, en su totalidad o en parte porque el servicio no es necesario desde el punto de vista médico.

Usted dispone, además de cualquier otro procedimiento o remedios, del proceso de IMR. Usted no paga ningún costo de aplicación o procesamiento de ningún tipo en la IMR. Usted tiene derecho a proporcionar información que apoye la solicitud para la IMR. El Plan debe proporcionarle un impreso de aplicación de la IMR con cualquier carta de disposición de recurso que niegue, modifique, o retrase los servicios de cuidado médico. La decisión de no participar en el proceso de IMR puede causarle la pérdida de cualquier derecho estatutario para seguir una acción legal en contra del plan con respecto a los servicios de cuidado médico en litigio.

Elegibilidad: Su aplicación para IMR será revisada por el DMHC para confirmar que:

(1) (A) Su proveedor ha recomendado un servicio de cuidado médico como médicamente necesario, o (B) Usted ha recibido cuidado de emergencia o servicios de emergencia que un proveedor determinó como necesarios desde el punto de vista médico, o (C) Usted ha sido visto por un proveedor participante del plan para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad médica para la que usted busca una revisión independiente;

(2) El servicio de cuidado médico en litigio ha sido negado, modificado, o retrasado por el Plan o uno de sus proveedores contratantes, basándose en su totalidad o en parte en una decisión de que el servicio de cuidado de salud no es necesario desde el punto de vista médico; y

(3) Usted ha archivado una queja con el plan o su proveedor contratante y la decisión impugnada es sostenida o la impugnación permanece sin resolver después de 30 días. Si su impugnación requiere una revisión acelerada, usted puede traerla inmediatamente a la atención del Departamento. El DMHC puede no exigir el requisito que usted siga el proceso de recurso del Plan en casos extraordinarios y convincentes.

Si usted es elegible para una IMR, la impugnación será enviada a un especialista médico quien tomará una determinación independiente sobre si es o no es necesario el cuidado de salud desde un punto de vista médico. Recibirá una copia de la valoración realizada en su caso. Si la IMR determina que el servicio es médicamente necesario, el plan proporcionará el servicio de cuidado médico.

Para casos no urgentes la organización para la IMR designada por el DMHC debe proporcionar su determinación en el plazo de 30 días tras el recibo de su aplicación y documentos de apoyo. Para casos urgentes que impliquen una amenaza inminente y grave para su salud, incluyendo, pero no estando limitada a, dolor severo, peligro de muerte, pérdida de una función corporal principal o extremidad, el deterioro inmediato y grave de su salud, la organización para la IMR debe proporcionar su determinación en el plazo de 3 días laborables.

Para obtener más información en relación con el proceso de IMR, o para solicitar un impreso de aplicación, por favor llame al Departamento de Servicios al Miembro del Plan en el número de teléfono 1 (800) 475-5550.

"El Departamento de Servicios Médicos Administrados de California (DMHC) tiene la responsabilidad de regular los planes de servicio de salud. El DMHC tiene un número de teléfono de llamada gratuita, **1-888-HMO-2219 (1-888-466-2219)** para recibir quejas con respecto a planes de salud. Las personas con problemas auditivos o del habla pueden llamar al **1-800-735-2929 (TTY)** o **1-888-877-5378 (TTY)** para ponerse en contacto con el DMHC. El sitio web del DMHC (<http://www.hmohelp.ca.gov>) tiene las formas para quejas e información sobre cómo llenarlas. Si tiene una demanda contra su plan de salud, llame primero a **Community Health Plan al 1 (800) 475-5550** y siga el proceso de demandas antes de ponerse en contacto con el DMHC. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una demanda relativa a una emergencia o con una demanda que el plan no ha resuelto a su satisfacción, o una demanda que no ha sido resuelta en más de 30 días, usted puede llamar al DMHC para solicitar ayuda. El proceso de revisión de demandas del plan y el proceso de revisión de quejas del DIC están disponibles para usted además de cualquier otro procedimiento de resolución de disputa que pueda estar disponible para usted; el dejar de usar estos procesos no impide que usted use cualquier otro recurso provisto por la ley."

### **Arbitraje**

En el caso que las dos partes (personas) no puedan resolver una disputa informalmente dentro de treinta (30) días a partir de la fecha que la nota por escrito fue enviada, cualquiera de las dos partes puede presentar el caso para un arbitraje, inmediatamente después de haber informado por escrito a la otra parte. El arbitraje será conducido por un arbitrador neutral seleccionado de acuerdo con las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje. El arbitrador deberá conducir el arbitraje de acuerdo con dichas reglas. Sin embargo, las reglas del Estado de California llamadas “de descubrimiento” aplicarán a todo arbitraje. La opinión presentada por el arbitrador será final y obligatoria para las partes. Para todas las disputas que están sujetas a un arbitraje obligatorio, todas las partes (personas) renuncian al derecho para un jurado o la corte. Pagos legales y costos razonables de las partes así como también el costo del arbitraje será llevado por la parte cuyos razonamientos resulten no prevalecientes, al menos que el arbitrador determine expresamente lo contrario; como condición a lo anterior, en ningún caso la parte prevaleciente será responsable por una cantidad mayor que sus gastos y costos legales ni por más de la mitad de los costos del arbitraje. Esta cláusula de arbitramiento obligatoria no se aplica para reclamos, disputas o controversias referente exclusivamente a un supuesto tratamiento médico negligente.

### **Coordinación de beneficios**

El Community Health Plan se asegurará que usted reciba el mejor cuidado de salud y que no haya interrupciones en el cuidado cuando usted ya sea un Subscriptor. El Plan coordinará los beneficios cubiertos con otros planes de salud o de seguros, de tal manera que no más del cien por cien (100%) de los gastos médicos cubiertos sean provistos por el Plan, y que la cobertura del Plan sea secundaria con relación a toda otra cobertura.

### **No-Duplicación de Beneficios con la Compensación Estatal al Trabajador**

Usted deberá avisarle por escrito al Plan inmediatamente, si usted u otro Subscriptor del Plan en su hogar ha sido lesionado y está cubierto bajo cualquier seguro de Compensación al Trabajador u otro seguro, en el cual otra persona o entidad es responsable por todo o parte del costo del cuidado de salud para usted u otros Subscriptores del Plan en su hogar.

El Community Health Plan proveerá atención médica si usted se ha lesionado por culpa de otra persona, como podría ser el caso en un accidente o en el trabajo. Servicios proporcionados a usted por enfermedad, lesiones u otras condiciones médicas causadas por una tercera persona los cuales son cubiertos por cualquier otro seguro o programa de gobierno, le serán cobrados a usted. La cantidad pagada por usted por el Community Health Plan, no excederá la cantidad que usted reciba del individuo, programa de gobierno o compañía de seguro. Usted deberá avisar al Community Health Plan si cree que va obtener dinero bajo cualquiera de esas condiciones. Si necesita más información acerca de la no duplicación de beneficios, comuníquese con el Departamento para Miembros del Plan al 1 (800) 475-5550.

### **Cómo son compensados los proveedores**

Los doctores/proveedores del Community Health Plan que proveen servicios de atención médica a los Subscriptores, son reembolsados a través de pagos efectuados por el Healthy Families Program. Los

doctores/proveedores del Plan no reciben bonos o incentivos por la negación, reducción o retraso de los servicios médicamente necesarios y apropiados que son cubiertos por el Plan. Si desea más información referente a la compensación de doctores/proveedores, comuníquese con su doctor/proveedor o con el Grupo Médico al que pertenece su doctor/proveedor o bien, con el Departamento de Servicios para Miembros al 1 (800) 475-5550.

### **Limitación de servicios**

El Community Health Plan es responsable de proveer servicios como se muestra en el resumen de esta Evidencia Combinada de Cobertura y Declaración de Beneficios, tal y como se describe detalladamente en el Contrato del Plan. Sin embargo, en el caso de un desastre mayor, el Plan no es responsable por el retraso o carencia de servicios recibidos. Los médicos del Plan y otros proveedores del Plan, harán un verdadero esfuerzo para proveerle o hacer los arreglos en dichos casos para la provisión de los servicios cubiertos por nuestro Plan.

En caso de que usted se niegue a seguir las recomendaciones del doctor/proveedor del Plan para el tratamiento de una condición específica y cuando el doctor/proveedor del Plan cree que no existe ningún tratamiento alternativo aceptable, el Plan ya no es responsable por su condición, excepto cuando esto pueda estar en conflicto con una instrucción dada por adelantado y que fue debidamente ejecutada. De acuerdo con las leyes y normas estatales y federales, si un proveedor del Plan piensa que él/ella no puede cumplir con una instrucción por adelantado, otro proveedor del Plan será asignado para su cuidado, de tal manera que la instrucción por adelantado se pueda llevar a cabo.

### **Instrucciones por adelantado**

Una instrucción por adelantado es una manera para que usted decida por adelantado que es lo que debe hacerse en caso de que usted no pueda decir sus propios deseos al doctor durante una lesión o enfermedad grave. Usted puede nombrar a alguien para que tome decisiones médicas en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo y puede escribir cualquier condición que le preocupa. El tener una instrucción por adelantado archivada, proporciona información importante a los miembros de su familia y doctores/proveedores acerca de preguntas tales como:

- ¿Quiere usted que los doctores traten de hacer todo lo que crean que podría ayudar? ¿Aun en aquellos casos cuando usted no pudiera volver a su hogar? ¿Aun cuando quizá no volviera a recuperar el conocimiento?
- ¿Quisiera usted ser alimentado a través de tubos si estuviera gravemente enfermo?

Las personas piensan de diferente manera acerca de este tipo de decisión. Al preparar una instrucción por adelantado, usted puede informarle a su familia, amigos, y proveedores sobre sus opiniones al respecto. En California, hay tres tipos de instrucciones por adelantado:

- Un Poder Duradero de Abogado para Atención Médica,
- Una Declaración sobre Muerte Natural para los Médicos, Conforme a la Ley, y
- Un Testamento.

Un Poder Duradero de Abogado para Atención Médica nombra a alguien para que informe a sus doctores/proveedores que cumplan con sus deseos. Un Poder Duradero de Abogado para Atención

Médica, una Declaración sobre Muerte Natural para los Médicos, y un Testamento pueden indicar exactamente cuales son sus deseos sin nombrar a alguien que tome decisiones a su nombre. Si usted tiene más preguntas acerca de las instrucciones por adelantado y sus derechos bajo la Ley de California, por favor escriba o llame al Departamento de Miembros del Plan al 1 (800) 475-5550.

### **Informándole acerca de los cambios en el Plan**

El Community Health Plan se asegurará que a usted se le informe acerca de los cambios en los servicios provistos, o de cambios en las clínicas en las cuales usted puede recibir servicios médicos. Recibirá un aviso por escrito 30 días antes de que cualquier cambio sea puesto en efecto. O, bajo circunstancias inesperadas, el aviso se dará 14 días antes que los cambios ocurran.

### **Terminación de Beneficios**

Si ocurriera cualquiera de los siguientes, terminará la cobertura de Healthy Families. Su hijo(a) dejará de estar inscripto si:

- Healthy Families Program encuentra que el niño(a) no reúne los requisitos necesarios durante la Revisión Anual de Elegibilidad; **o**
- Usted no provee la información necesaria para la Revisión Anual de Elegibilidad de su hijo(a); **o**
- Su hijo(a) alcanza los 19 años de edad; **o**
- Usted no paga la prima mensual de su hijo(a) dentro de los 60 días a partir de su fecha de vencimiento; **o**
- Usted escribe a Healthy Families pidiendo que den término a la inscripción; **o**
- Healthy Families encuentra que usted ha realizado declaraciones falsas sobre la elegibilidad de su hijo(a); **o**
- Usted no provee la documentación solicitada, certificados de nacimiento o documentos del INS dentro del plazo requerido.

Usted recibirá un aviso de terminación antes de que finalice la cobertura médica, dental y de vista y el niño/la niña sea retirado del programa.

El aviso le informará el motivo y la fecha efectiva de cancelación de la inscripción. Si usted no estuviera de acuerdo con la decisión, podrá entrar en contacto con el Healthy Families Program en su número de teléfono de llamada gratuita 1-800-880-5305.

### **Comisión de asesoría**

Le recomendamos a que participe en la Comisión de Asesoría del Community Health Plan. Los miembros de la comisión trabajan con los Administradores del Plan y con el personal del Plan para asegurar que el Plan opere sin dificultades y que los Subscriptores reciban el mejor cuidado posible. La Comisión se reúne periódicamente durante el año en diferentes localidades en todo el Condado de Los Angeles. Para más información acerca de la participación en dicha comisión, llame al Departamento de Servicios para Miembros del Plan al 1 (800) 475-5550.

## **Ley de Protección para Americanos Incapacitados (ADA)**

### **Acceso físico**

El Community Health Plan ha hecho todo esfuerzo posible por asegurar que nuestras oficinas y los consultorios y centros de atención de los proveedores del Plan sean accesibles para aquellas personas con incapacidades. Si usted no puede ubicar un proveedor con el acceso necesario, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros, al teléfono sin cargo 1 (800) 475-5550, y un Representante de Servicios para Miembros le ayudará a encontrar otro proveedor médico.

### **Acceso para personas con problemas de audición**

Las personas con problemas auditivos pueden llamar a un Representante de Servicios para Miembros por medio de nuestro Servicio de Telecomunicación TDD, al 1 (626) 299-7265 & 7266.

### **Acceso para personas con problemas de la vista**

Este documento de Comprobante de Cobertura y Declaración de Información y otros documentos importantes del plan se ofrecerán en formatos alternativos para personas con problemas de la vista. Se dispone de ejemplares con letra ampliada, formatos más grandes en discos de computadora, y grabaciones de este folleto en cintas de audio. Para pedir otros formatos, o para pedir ayuda directa para leer el Comprobante de Cobertura y Declaración de Información y demás materiales, llame a un Representante de Servicios para Miembros, al 1 (800) 475-5550.

### **Agravios por acceso para incapacitados**

Si usted cree que el Plan o sus proveedores médicos no han respondido adecuadamente a su necesidad de acceso para incapacitados, puede presentar una queja ante el Plan. Si su queja por acceso a incapacitados no queda resuelta, puede comunicarse con el Coordinador de la Ley ADA de la Junta de Seguros Médicos con Prevención de Riesgos de California, en Sacramento. Lea a continuación la declaración sobre el cumplimiento de la ley *Americans with Disabilities Act* para averiguar cómo comunicarse con dicha Junta.

## **Ley de Protección para Americanos Incapacitados de 1990 (ADA)**

El artículo 506 de la ley llamada *Rehabilitation Act of 1973* declara que no se le deberá negar a ninguna persona incapacitada calificada a que participe o que reciba beneficios de ningún programa o actividad que reciba o se beneficie de asistencia financiera federal, ni se la someterá a discriminación, debido a una incapacidad.

El artículo 11135 del Código Gubernamental de California prohíbe la discriminación dentro de un programa o actividad financiada directamente por el estado, o que reciba ayuda financiera del estado, basado en la identificación individual con un grupo étnico, con una religión, o por razones de edad, sexo, color, o incapacidad.

El artículo 11136 del Código Gubernamental de California les exige a los organismos estatales, según lo antes descrito, que notifiquen a un contratista de quien se tiene motivos suficientes para creer que ha

infringido lo dispuesto por el artículo 11135 ó cualquier otro reglamento adoptado para implementar dicho artículo.

Después examinar todas las pruebas pertinentes, el Director Ejecutivo de la Junta de Seguros Médicos para la Prevención de Riesgos puede solicitar una audiencia para determinar si se ha cometido una violación de la ley.

La ley ADA sobre personas incapacitadas, *Americans with Disabilities Act of 1990*, les prohíbe a la Junta de Seguros Médicos para Prevención de Riesgos y a sus contratistas que discriminen basados en una incapacidad. Dicha Ley protege a los solicitantes y afiliados con incapacidades y les permite el uso de los servicios del programa. También le exige a la Junta y a sus contratistas que se adapten razonablemente a los solicitantes y afiliados, sin que esto represente una inconveniencia indebida para la Junta o sus contratistas.

La Junta de Seguros Médicos con Prevención de Riesgos ha nombrado a un Coordinador para la Ley ADA. Esta persona será la encargada de llevar a cabo las responsabilidades de la Junta conforme a dicha Ley. Usted tal vez tenga preguntas o inquietudes con respecto al cumplimiento por parte de la Junta y sus contratistas de la Ley *Americans with Disabilities Act*. Si es así, comuníquese con el Coordinador a la siguiente dirección y teléfonos:

**ADA Coordinator  
Managed Risk Medical Insurance Board  
P.O. BOX 2769  
Sacramento, CA 9581-2-2769  
1 (916) 324-4695**

**Las personas con problemas de audición pueden llamar al sistema  
California Relay Service al: 1 (800) 735-2929**

### **Donación de órganos**

Cualquier persona de 15 años o más edad y en su entero conocimiento, puede donar todo o parte de su cuerpo como un regalo anatómico. Una persona entre los 15 y 18 años de edad necesita consentimiento por escrito de sus padres o tutor. La donación se podrá hacer para una persona específica o sin especificar el donatario. Todo o parte del cuerpo se puede hacer por testamento o documento firmado por la persona o por medio de su sistema telegráfico, grabación telefónica o un mensaje grabado. Esta donación se puede hacer, cambiar o cancelar por medio de una declaración oral en una grabadora por el donador con su propia voz.

**Si desea donar un órgano o tejido (membrana) de su cuerpo, California Department of Motor Vehicle (DMV) le dará una tarjeta como donador con su licencia de manejar o tarjeta de identificación de California (ID) y una calcomanía como donador y estará pegada al frente de su licencia de manejar o tarjeta ID. Es muy importante que esta decisión la comente con su familia. Si necesita más información o desea obtener una forma de consentimiento, comuníquese con su doctor/proveedor a la clínica donde recibe su cuidado médico o comuníquese al Departamento de Administración Médica del Plan, al 1 (626) 299-5539.**

## **GLOSARIO DE PALABRAS Y TÉRMINOS**

Hay palabras y términos de cuidado de salud que algunas veces pueden ser confusas. A continuación le hemos provisto con el significado de algunas palabras y términos. Si usted necesita más información acerca de las definiciones de estos términos, comuníquese con el Departamento para Miembros del Plan al 1 (800) 475-5550.

### **Definiciones**

**Fecha de aniversario:** El día, cada año que corresponde al día y el mes en que la cobertura de la persona comienza en el Programa.

**Solicitante:** Una persona, mayor de 18 años de edad, que sea padre/madre; un tutor legal; o un familiar bajo custodia; padre adoptivo o padrastro, con quien el niño reside, el cual presenta una solicitud en nombre del niño para cobertura bajo el Programa. Solicitante también significa una persona que solicite cobertura para sí mismo, de 18 años de edad, o menor emancipado, o menor que no resida en el hogar de un padre, un tutor legal, pariente que lo cuide, padre de crianza, o padrastro/madrastra. Un solicitante también es un menor que solicite cobertura en nombre de su propio hijo(a), o una persona de 19 años de edad o más que solicite cobertura para sí mismo y/o la de otro adulto asociado a un menor.

**Año de Beneficio:** Periodo de doce (12) meses comenzando el 1 de julio de cada año a las 12:01 a.m.

**Pariente cuidador de un menor:** Un pariente que cuide y supervise a un niño cuando no haya un padre/madre que viva en el hogar. Los parientes cuidadores pueden estar relacionados al niño por sangre, casamiento o adopción.

**Ensayo clínico:** Un estudio de investigación con pacientes de cáncer, con la finalidad de descubrir si un tratamiento o medicamento nuevo para el cáncer es seguro y funciona con el tipo de cáncer que usted tiene.

**Copago:** La cantidad(s) pagada por el Subscriptor por ciertos servicios cubiertos provistos por Community Health Plan. Todos los Copagos requeridos son especificados en esta Evidencia Combinada de Cobertura y Declaración de Beneficios y el Contrato del Plan.

**Determinación de Cobertura:** La aprobación o negación de servicios del cuidado de la salud por el Plan de Salud, o por uno de los proveedores contratados, que está basada en la conclusión de que el servicio es un beneficio cubierto o no cubierto por el Plan.

**Servicios cubiertos:** Servicios médicos, hospitalarios, de salud mental y auxiliares provistos por el Plan, ya sea directamente o a través de contratos con otros proveedores de servicios.

**Curativo:** que tiene la capacidad de curar o sanar.

**Retiro del Plan:** El proceso por medio del cual usted deja de ser un Subscriptor de Community Health Plan.

**Disputa en Servicios del Cuidado de la Salud:** Cualquier servicio del cuidado de la salud que es aceptable como un beneficio cubierto que ha sido negado, cambiado, o demorado por una decisión del Plan, o por uno de sus proveedores contratados, en su totalidad o en parte debido a la conclusión de que el servicio no es médicamente necesario.

**Servicios de emergencia:** Los servicios que se proveen a los miembros que se presentan con condiciones y síntomas de gravedad (incluyendo dolores muy fuertes) que una persona con conocimiento en salud y medicina, se dará cuenta que si no recibe atención medica inmediata, podría poner la salud de la persona o de la criatura que esta por nacer en un verdadero peligro, podría dañar el funcionamiento del cuerpo, o malfuncionamiento de cualquier parte u órgano del cuerpo. Los servicios de emergencia también incluyen cuidado para una condición psiquiátrica de emergencia.

**Inscripción:** El proceso por medio del cual usted se convierte en un Subscriptor de Community Health Plan.

**Cuidado de salud prolongado:** Cuidado completo intermedio (semi-intenso y de paciente interno de transición) enfermería especializada y servicios de atención médica para pacientes provistos como parte de un régimen terapéutico en curso.

**Contribuciones familiares para niños:** El costo mensual del Solicitante. La Contribución Familiar no incluye Copagos por servicios.

**Contribuciones familiares para padres:** El costo mensual del solicitante para permitir que un padre o padres de subscriptor participen en el programa. Las contribuciones familiares para padres no incluyen los copagos por servicios.

**Patrocinador de contribución familiar:** Es una persona o entidad registrada con el Directorio y que paga las contribuciones familiares para niños y/o contribuciones familiares para padres en nombre del solicitante, durante cualquier período consecutivo de doce (12) meses para la participación del niño o padre/madre subscriptor. El patrocinador de contribución familiar puede patrocinar a un padre subscriptor asociado a un niño subscriptor inscripto en el programa, si el niño subscriptor es el patrocinador.

**Contribución familiar:** El costo pagado por un candidato que le permite a él/ella o a un niño o niños que reúnen los requisitos de participación, participar en el Programa. La contribución familiar no incluye los pagos para los servicios.

**Peligro de Perder la Vida:** Enfermedades o condiciones donde existe una alta posibilidad de muerte, salvo que el curso de la enfermedad haya sido detenido y/o de las enfermedades o condiciones que tienen la posibilidad de un resultado mortal, y donde el propósito del tratamiento de la condición de como resultado el salvar la vida.

**Servicios médicos:** Esos servicios profesionales de salud que son médicamente necesarios incluyendo servicios médicos, quirúrgicos, diagnósticos, terapéuticos y preventivos.

**Servicios para Miembros:** La oficina del Plan o personal que asistirá a los Subscriptores con preguntas o quejas relacionadas con el Plan.

**Periodo de inscripción:** Un periodo definido por Healthy Families Program, en el cual los Subscriptores que cumplen con los requisitos se pueden inscribir en un Plan de salud.

**Fuera del Plan:** Esos servicios médicos provistos al Subscriptor por un médico, clínica, hospital u otro doctor/proveedor de servicios médicos que:

- a. No es un doctor/proveedor de Community Health Plan o doctor/proveedor contratado por el Plan, o
- b. No ha recibido una referencia para proveerle los servicios al Subscriptor.

**Plan:** Community Health Plan.

**Contrato del Plan:** El acuerdo entre Healthy Families Program y Community Health Plan con respecto a los términos y condiciones de cobertura.

**Doctor/proveedor:** El doctor/proveedor del Plan responsable por proveerle atención médica, referirle a otros médicos especialistas, cuando sea necesario, y quien se encarga de que usted reciba el cuidado apropiado de salud por medio de citas.

**Programa:** El programa es el Healthy Families Program.

**Enfermedades graves debilitantes:** Enfermedades o condiciones que causen enfermedades permanentes.

**Área de servicio:** El área geográfica de todo el condado de Los Angeles.

**Referencia permanente:** Una referencia realizada por su médico de familia a un especialista para más de una visita al especialista, según lo indicado en su plan de tratamiento, sin tener que proporcionar previamente el médico de familia una referencia específica para cada visita.

**Subscriptor:** Un menor subscriptor o padre/madre subscriptor(a).

**Menor (niño) subscriptor:** Una persona de 18 años de edad o un menor (niño/niña) elegible para el programa y que participa en el mismo.

HFP ECO Revisión 13  
05/01/2002

AÑO DE BENEFICIOS 2002-2003